

**UNIVERZITA KARLOVA**

**1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Praha 2020**

**Bc. Kadeřábková Lenka**

**Univerzita Karlova  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Ergoterapie



**Bc. Lenka Kadeřábková**

**Profil profese ergoterapie v České republice**

*Occupational Therapy profession profile in the Czech Republic*

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Zuzana Rodová, M. Sc.

Praha, 2020

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí své diplomové práce, paní Bc. Zuzaně Rodové, M.Sc. za ochotu a spolupráci, cenné poznámky, odborné připomínky a náměty. Také bych chtěla poděkovat panu doc. Vladimíru Rogalewiczovi, CSc. za rady a pomoc při zpracování dat z dotazníkového šetření.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům organizace České asociace ergoterapeutů za pomoc s aktivním šířením dotazníku. V neposlední řadě pak děkuji všem ergoterapeutům a ergoterapeutkám, kteří se vyplněním dotazníku podíleli na tomto výzkumu.

Rodině a přáteli děkuji za podporu, kterou mi poskytovali během studia.

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne: .....

---

Bc. Lenka Kadeřábková

# ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Bc. Lenka Kadeřábková  
Vedoucí práce: Bc. Zuzana Rodová, M.Sc.  
Oponent práce:

Název diplomové práce:  
Profil profese ergoterapie v České republice

## **Abstrakt diplomové práce:**

V současné době je ergoterapie téměř neodmyslitelnou součástí ucelené rehabilitace. Ergoterapie je poměrně nový obor, který se neustále rozvíjí. Snaží se udržet krok s dobou a jejími nároky. Hlavním cílem této práce bylo vystihnout podrobný profil profese ergoterapeuta v České republice. Práce je rozdělena na dva hlavní celky, a to na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou popsány základní aspekty oboru ergoterapie a práce ergoterapeuta v České republice dle rešerše literatury. Praktická část práce obsahuje metodologii práce a výstupy z dotazníkového šetření. Výzkumu se zúčastnilo 315 respondentů. Zpracovaná a zanalyzovaná data jsou představena pomocí grafů, tabulek a obrázků. Podrobné výsledky z dotazníkového šetření vystihují popis současné profese ergoterapeuta. Z těchto výsledků je na závěr práce sestaven profil profese ergoterapie. Informace z praktické a teoretické části práce jsou následně porovnávány v diskusi. Výstupem diplomové práce je vykreslení reálného profilu profese ergoterapeuta v České republice dle informací získaných od respondentů.

## **Klíčová slova:**

Ergoterapie  
Česká republika  
Dotazníkové šetření  
Práce ergoterapeuta

**Abstract:**

Occupational therapy is currently an essential part of comprehensive rehabilitation. Occupational therapy is a relatively new field that is continuously evolving. It tries to keep up with time and its demands. The main goal of this thesis was to capture a detailed profile of the occupational therapy profession in the Czech Republic. The thesis is divided into two main units, namely the theoretical and practical part. The theoretical part describes the basic aspects of the field of occupational therapy and the work of occupational therapists in the Czech Republic according to the literature search. The practical part of the thesis contains the methodology of the work and the results of the questionnaire survey. Three hundred and fifteen respondents participated in the research. Processed and analysed data are presented using graphs, tables and figures. Detailed results from the questionnaire survey describe the description of the current profession of the occupational therapist. At the end of the thesis, a profile of the occupational therapy profession is compiled from these results. Information from the practical and theoretical part of the thesis is then compared in a discussion. The output of the thesis is a depiction of the real profile of the occupational therapy profession in the Czech Republic according to information obtained from respondents.

**Keywords:**

Occupational therapy  
Czech Republic  
Survey  
Occupational therapist work

## **IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM:**

KADEŘÁBKOVÁ, Lenka. *Profil profese ergoterapie v České republice. [Occupational Therapy profession profile in the Czech Republic]*. Praha, 2020, 97s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Rodová, Zuzana.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]



# **OBSAH**

ÚVOD.....	12
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1.1. Zaměření práce.....	14
1.2. Základy ERGOTERAPIE .....	16
1.2.1. Vymezení pojmu ergoterapie .....	16
1.2.2. Definice oboru ergoterapie .....	17
1.2.3. Vývoj ergoterapie .....	20
1.3. Ergoterapie v České republice .....	22
1.3.1. Studium oboru ergoterapie v České republice.....	22
1.3.2. Uplatnění ergoterapeuta v České republice .....	24
1.3.3. Česká asociace ergoterapeutů.....	26
1.3.4. Celoživotní vzdělávání ergoterapeutů .....	28
1.3.5. Systém rehabilitace v České republice .....	29
1.3.6. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability.....	32
1.3.7. Vykazování ergoterapeutických výkonů .....	34
1.4. Základní složky (hlavní oblasti) ergoterapeutické intervence .....	36
1.4.1. Vyšetření v ergoterapii .....	36
1.4.2. Poradenství a kompenzační pomůcky .....	42
1.4.3. Hodnocení domácího prostředí.....	44
1.4.4. Supervize .....	45
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
2.1. Cíl práce .....	46
2.2. Hypotézy .....	46
2.3. Metodologie .....	47
2.4. Výsledky dotazníkového šetření .....	53
2.5. Shrnutí výsledků ve vztahu k hypotézám.....	70

3.	DISKUSE .....	72
3.1.	Diskuse k metodologii práce .....	72
3.2.	Diskuse výsledků dotazníkového šetření .....	75
4.	ZÁVĚR.....	82
5.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	85
6.	SEZNAM GRAFŮ .....	94
7.	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	95
8.	SEZNAM TABULEK .....	96
9.	SEZNAM PŘÍLOH .....	97
9.1.	Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům .....	97

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ADL** – Activity of daily living – běžné denní činnosti (iADL – instrumentální, pADL – personální)

**AOTA** – American Occupational Therapy Association (Americká asociace ergoterapeutů)

**COTEC** – Council of Occupational Therapists for the European Countries (Rada ergoterapeutů pro evropské země)

**ČAE** – Česká asociace ergoterapeutů

**ČR** – Česká republika

**ČSÚ** – Český statistický úřad

**ENOTHE** – The European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Evropská síť ergoterapie ve vyšším vzdělávání)

**FIM** – Functional independence measure (Funkční míra nezávislosti)

**FMA** – Fugl-Meyer Assessment (Ful-Meyerovo hodnocení)

**ICF** – International Classification Functioning, Disability and Health

**JTT** – Jebsen-Taylor test

**MFS** – Modified Frenchay scale (Modifikovaný Frenchayský test paže)

**MKF** – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

**MMSE** – Mini Mental State Examination

**MoCA** – Montrealský kognitivní test

**MZ** – Ministerstvo zdravotnictví

**MZČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**NHPT**-Nine-Hole Peg Test (Devíti-kolíkový test)

**NZIS** – Národní zdravotnický informační systém

**OT-EU** – Occupational Therapy Europe (Ergoterapie v Evropě)

**SCIM** – The Spinal Cord Independence Measure

**SIPT** – The Sensory Integration and Praxis Tests (Test senzorické integrace a praxe)

**SZV** – Seznam zdravotnických výkonů

**ÚZIS** – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

**VŠ** – Vysoká škola

**WFOT** – World Federation of Occupational Therapists (Světová federace ergoterapeutů)

**WHO** – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Ergoterapie se díky své různorodosti a širokému uplatnění stala téměř neodmyslitelnou součástí ucelené rehabilitace. Jedná se o poměrně nový obor, který se neustále vyvíjí, a který se snaží udržet krok s dobou a jejími nároky. Tomuto vývoji však může bránit značná mezera v pospolitosti ergoterapeutů, kteří nemají po absolvování studia povinnost se kdekoliv registrovat, a to ani v případě, že se rozhodnou v oboru pracovat.

U některých povolání je členství v určitém profesním sdružení povinné ze zákona, jedná se například o lékaře, farmaceuty, stomatology, advokáty, exekutory, architektky, auditory, daňové poradce aj. Chtějí-li tito lidé svou vystudovanou profesi vykonávat, mají povinnost se zaregistrovat u dané profesní organizace. Značnou výhodou těchto profesních organizací je, že si kladou za cíl chránit a prosazovat profesní zájmy svých členů. Zároveň také vytvářejí podmínky pro výkon činnosti, zajišťují růst odborné kvalifikace a profesionální úroveň členů a tím garantují kvalitu poskytovaných služeb. (Šefl, 2011)

Dřívější povinnost získat osvědčení pro vykonávání profese ergoterapeuta byla podmíněna zapsáním do Registru Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCONZO), které spravovalo kontakty na všechny registrované ergoterapeuty. Tato povinnost byla ke dni 1. 9. 2017 zrušena a v současné době tak pro ergoterapeuty působící v praxi neexistuje žádná profesní organizace s povinným členstvím. Od března 2018 je ve zkušební fázi Národní registr zdravotnických pracovníků, který zatím prochází vývojem, přičemž tento registr není volně přístupný veřejnosti, a tudíž komplexní informace o této profesi, jako je místní rozložení, typ pracoviště, pracovní zařazení aj., nejsou volně k dispozici.

Autorka se domnívám, že právě tohle je hlavní důvod, proč je velmi těžké posouvat obor ergoterapie vpřed a přitom udržet stejnou úroveň kvality poskytované péče napříč celou zemí. Úsilí o jakékoliv vytvoření a dodržování standardů je komplikované, jelikož každý ergoterapeut se řídí pravidly svého pracoviště a každé pracoviště má na tuto profesi různý pohled a vize. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2018) na svých stránkách sice uvádí, že povinnost celoživotního vzdělávání (daná zákonem č. 96/2004) zůstala s novelou zachována, do jaké míry a jakým způsobem ale toto vzdělávání bude probíhat, je čistě v kompetenci jednotlivých

ergoterapeutů a poskytovatelů zdravotních služeb. I z tohoto důvodu je velmi složité monitorovat, jakým směrem se tento poměrně mladý obor ubírá.

Většinu aktuálních informací lze získat od aktivních ergoterapeutů, kteří spolupracují v rámci různých ergoterapeutických spolků. Jedním z nich je například Česká asociace ergoterapeutů (dále jen ČAE), která funguje jako dobrovolná profesní organizace sdružující ergoterapeuty již od roku 1994. Výroční zpráva ČAE z roku 2017 uvádí, že v Registru NCONZO bylo k 1. 7. 2017 evidováno 1260 ergoterapeutů. Přitom ke dni 31. 12. 2019 registrovala ČAE pouhých 221 členů, což tvoří přibližně 20 % všech ergoterapeutů v České republice (Jelínková, 2019). Nejnovější informaci o počtu ergoterapeutů v praxi lze dohledat na stránkách OT-EU (2019). Tato organizace uvádí, že v České republice pracuje v praxi 1300 ergoterapeutů. Je tedy zřejmé, že současný profil ergoterapeuta je velmi nejasný.

Cílem této diplomové práce je tedy zmapovat, jaké procesy a postupy ergoterapeuti v dnešní době používají v praxi, v jaké oblasti převážně pracují, s jakou skupinou pacientů nejčastěji vedou terapie, či zda pracují v multidisciplinárním týmu a tím současný profil ergoterapeuta vystihnout. Práce je rozdělena na dva hlavní celky, teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsou popsány základní aspekty oboru ergoterapie a práce ergoterapeuta. Autorka se zde věnuje vymezení samotného pojmu ergoterapie, historii tohoto oboru a aktuálním možnostem studia ergoterapie. Dále uvádí oblasti uplatnění ergoterapeuta v České republice a některé metody a postupy, které může při své práci uplatňovat. V neposlední řadě je teoretická část této práce věnována vykazováním kódů v ergoterapeutické praxi, využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a důležitosti supervize na pracovišti.

Praktická část práce obsahuje podrobnou metodologii práce a výstupy z dotazníkového šetření od 315 respondentů. Data, která byla pomocí dotazníků získána a následně zanalyzována, vystihují, jak ergoterapeuti vnímají aktuální stav své profese. Výstupem diplomové práce je tedy vykreslení reálného profilu profese ergoterapeuta v České republice dle informací získaných od respondentů.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. Zaměření práce

Neustále se zdokonalující zdravotnická technika dnes dokáže zachránit lidský život, který by ještě před desítkami let s velkou pravděpodobností zachránit nešlo. Jedná se o pacienty po nejrozličnějších úrazech, cévních mozkových příhodách, ale také o zachráněné nedonošené děti a děti s vrozenou vývojovou vadou. Dále také stoupá počet pacientů trpících civilizačními chorobami, u kterých dochází k prodlužování průměrné délky života na úkor jeho kvality. Tuto skutečnost dokládá také portál ministerstva zdravotnictví České republiky: **„Úroveň zdravotní péče prodloužila délku života lidí v České republice, nejedná se však o léta prožitá ve zdraví. Roste totiž počet závažných onemocnění“** (MZČR, 2014).

Je tedy důležité položit si otázku, zda jsme na to připraveni? Jak probíhá další život zachráněného, zda bude smysluplný, jakou má kvalitu, bude se schopen znovu začlenit do společnosti a jakou míru asistence bude potřebovat? Jaká je následná komplexní péče pro pacienty, kteří se nepřízní osudu do takové situace dostanou, když víme, že počet pacientů každým rokem stále stoupá? A právě zvyšování kvality života jedinců s disabilitou je jedním z hlavních cílů ergoterapeuta. Je tedy velmi důležité, aby společnost byla informována o možnostech ergoterapie a její důležitosti v rámci celého procesu rehabilitace, kdy ergoterapeut může procházet všemi fázemi rehabilitace během rekonvalescence pacienta a může tak jedinci umožnit dosažení optimální funkce a adaptace ve znovu začleňování do společenského dění (Švestková, 2015; ČAE, 2019b).

Ergoterapie je obor, který stále nemá v České republice vybudovanou pevnou tradici a z tohoto důvodu se vyskytuje mnoho oblastí, kde ergoterapeut chybí. Jednou z hlavních příčin je nedostatek ergoterapeutů působících v praxi. Dle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2019b) České republiky k 31. 12. 2018 působí ve zdravotnických zařízeních v rámci celé České republiky pouze 341 ergoterapeutů. Pro představu podle informací, které uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR k roku 2018 je každý rok v České republice přijato k léčbě v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny 2 444 040 pacientů. Což činí 230 pacientů na 1 000 osob v populaci. Z toho 80,7 % (1 972 054) pacientů bylo přijato ve zdravotnickém zařízení pro ambulantní péči, u dalších 3 % (72 974) pacientů byla nutná hospitalizace na

rehabilitačním lůžkovém oddělení a 0,8 % (19 762) pacientů bylo ošetřeno v domácím prostředí. Přičemž se všeobecně předpokládá, že nejvíce zaměstnaných ergoterapeutů se pohybuje zejména v oblasti rehabilitace.

Dle informací získaných z dokumentu Summary of the Occupational Therapy Profession in Europe od organizace COTEC (2019) připadá v České republice k roku 2019 dvanáct ergoterapeutů na 100 000 obyvatel. Je otázkou, co stojí za nízkým počtem ergoterapeutů na českém pracovním trhu. Pomohla by větší propagace oboru? Propagují svůj obor samotní ergoterapeuti? Z dosavadních zkušeností autorky práce se ukazuje, že téměř třetina populace v jejím okolí se s pojmem ergoterapie nikdy nesetkala. Proto by masivnější propagace oboru mohla oslovit vlnu nových studentů, kteří by potencionálně měli o studium oboru ergoterapie zájem.

A je tedy otázkou, zda by větší množství nových absolventů ergoterapie a jejich následné sdružování v nějaké zákonem dané organizaci přispělo k pozitivnímu rozvoji oboru ergoterapie, a zda by tento posun kupředu vedl k přizpůsobení oboru ergoterapie aktuální poptávce na trhu práce a kvalifikovaní terapeuti by se tak mohli dostat na pracoviště, kde stále chybí.

Lze předpokládat, že velkým přínosem pro obor ergoterapie by bylo, kdyby existovalo v České republice profesní sdružení, jehož členství by bylo zákonem povinné. Každý, kdo by chtěl svou profesi po absolvování studia provádět, by se tak musel stát dobrovolně členem daného sdružení. Protože teprve pak by byla možnost celoplošného kontaktování pracujících ergoterapeutů, které je v současné době velmi náročné, takřka neproveditelné. To by vedlo ke vzájemné pospolitosti ergoterapeutů. Tato aktivita by mohla zajistit udržení rovnoměrné úrovně kvality poskytované péče napříč celou zemí.

O to se teď dobrovolně starají členové České asociace ergoterapeutů, kteří se snaží o sdružení ergoterapeutů napříč celou zemí, bohužel v rámci této asociace působí pouze 221 členů, což tvoří zhruba pětinu ergoterapeutů. Základní cíle této dobrovolné organizace jsou: prosazovat nové sítě pracovišť, propagovat obor ergoterapie, vytyčit úlohu ergoterapeuta v péči o osoby se zdravotním postižením nebo jiným znevýhodněním, vystupovat v oblasti prevence a zdravotní osvěty v rámci oboru, garantovat a podporovat odbornou způsobilost svých členů, napomáhat zvyšování standardu, ergoterapeutických pracovišť. Dále spolek zajišťuje pořádání různých kurzů, vzdělávacích seminářů a odborných konferencí na vlastní náklady (ČAE, 2019a).

## **1.2. Základy ERGOTERAPIE**

### **1.2.1. Vymezení pojmu ergoterapie**

Slovo ergoterapie vychází ze složení dvou řeckých slov *ergon* a *therapia*. Přičemž *ergon* znamená v překladu práce a *therapia* léčení, terapie. Tedy v doslovném překladu znamená léčbu prací. Takto se i profese jmenovala do 70 let, než profese začala používat jméno ergoterapie. Ergoterapeuti tento doslovný překlad termínu jako název nevítají, protože je zastaralý, zavádějící, nepřesný a degraduje pohled a pojetí profese ergoterapie. V současné době se s tímto doslovným termínem setkáváme velmi zřídka. V České republice se ustálil termín *ergoterapie*. Jde o termín, který je také běžně používaný v některých evropských jazycích (němčina, francouzština, španělština, norština, dánština aj.). Zatímco v anglosaské literatuře je běžně pro pojem ergoterapie používaný termín *occupational therapy* (často se používá zkratka OT). Anglický termín *occupation* vystihuje v ergoterapeutické terminologii činnost nebo zaměstnávání, kterému se člověk věnuje. (Krivošíková, 2011; Votava a kol., 2003)



### 1.2.2. Definice oboru ergoterapie

Ergoterapie v České republice se potýká s problémem uchopení vlastní identity. Tento zdravotnický obor, jež je nedílnou součástí rehabilitace, má obsáhlý okruh využití. Proto není jednoduché ho snadno a jasně definovat.

Přestože české i zahraniční definice vystihují charakter oboru ergoterapie obdobně, jejich výklad a praktické pojetí se v každé zemi liší, což může být ovlivněno různými faktory, např. legislativou státu nebo přístupem pacientů a zdravotnických pracovníků dané země ke zdravotní péči.

**Světová federace ergoterapeutů** (World Federation of Occupational Therapists – WFOT) je celosvětová síť, která sdružuje 101 členských organizací, což čítá 550 000 ergoterapeutů z celého světa. Tato mezinárodní organizace byla založena v roce 1952 a od té doby působí jako oficiální mezinárodní organizace pro podporu ergoterapie na celosvětové úrovni. Dle Světové federace ergoterapeutů je ergoterapie definována jako profese, která se: *„zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince, prostřednictvím zaměstnávání nebo činností. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se podílet na činnostech každodenního života. Ergoterapeuti dosahují tohoto výsledku buď prováděním samotného zaměstnávání či činností, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve kterém činnost probíhá.“* (WFOT, 2019)

**Rada ergoterapeutů pro evropské země** (Council of Occupational Therapists for the European Countries – COTEC) je ergoterapeutickou neziskovou organizací sdružující ergoterapeuty v rámci Evropy. Tato organizace byla založena roku 1986 za účelem koordinování názorů národních ergoterapeutických asociací. V dnešní době zastupuje COTEC více než 180 000 ergoterapeutů napříč 30 evropskými státy. Cílem COTEC je umožnit evropským národním asociacím spolupracovat na vývoji, harmonizovat a zlepšit úroveň odborné praxe a vzdělání, stejně jako rozvíjet teorii ergoterapie v celé Evropě. Definice ergoterapie vychází z předpokladu, že zdraví jedince může být pozitivně ovlivněno zaměstnáváním, činnostmi a jeho aktivitou, kterou jedinec vykonává. Přesná definice ergoterapie dle organizace COTEC *„Ergoterapie je profesí, která se zabývá podporou zdraví a pohody osob všech věkových kategorií, prostřednictvím zaměstnávání, které podporuje zdraví a začlenění do společnosti. Ergoterapeuti to dělají tak, že podporují zapojení osob do zaměstnání*

*a činností, které chtějí, potřebují a rozhodnou se dělat v každodenním životě. Ergoterapeuti zkoumají nové způsoby.*“ (COTEC, 2019)

**Ergoterapie v Evropě** (Occupational Therapy Europe – OT-EU): zde jsou sdružováni profesionálové v oblasti ergoterapie. Ergoterapeuti z praxe spolupracují napříč Evropou. Jejich společným cílem je podpora a zviditelnění oboru. Dále podporují výzkum a vzdělání v ergoterapii. V neposlední řadě se snaží o rozvoj poskytovaných služeb v Evropě. Tato organizace je rozdělena do tří oblastí: COTEC (praxe), ENOTHE (školy) a ROTOS (výzkum).

**Česká asociace ergoterapeutů** (dále jen ČAE) definuje obor ergoterapie jako: Ergoterapie v rámci ergoterapeutické intervence může prostupovat všemi složkami, které jedinec během celého života zažívá, přičemž musí plně respektovat jeho možnosti a osobnost. Často zasahuje do soukromé, pracovní i volnočasové oblasti života jedince v různé kombinaci a míře. V intervenci ergoterapeut využívá specifické metody a techniky, poradenství, přizpůsobení prostředí či nácvik konkrétních dovedností. Tato intervence je vždy sestavena dle individuálních potřeb pacienta a snaží se o maximální participaci jedince. K udržení a využívání schopností ve všedních denních činnostech ji provádí u jedinců jakéhokoliv věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). (ČAE, 2008) Bližší informace k této organizaci viz kapitola 1.3.3.

Jedna ze starších definic ergoterapie z roku 2003 je, že ergoterapie je důležitá součást ucelené rehabilitace. Ergoterapeut napomáhá k zmírnění vzniku handicapu u osob s disabilitou. K tomuto kroku využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy, event. činnosti u jedinců každého věku, tak u jedinců s různým typem postižení, kteří jsou buď trvale, nebo dočasně postiženi. Postižení může být fyzické, psychické, smyslové či mentální. (Votava, 2003)

V definici dle Švestkové (2015) se dozvíme, že ergoterapie je zdravotnický obor. Přesto se ergoterapeuti můžou uplatnit v sociální sféře, pedagogicko-výchovné sféře či pracovní rehabilitaci. Poukazuje na to, že je nedílnou součástí interprofesního týmu. Právě ve spolupráci s ostatními členy týmu se snaží o zlepšení maximální kvality života každého jedince s disabilitou. Každá ergoterapeutická intervence je individuální. Ergoterapeut se snaží, aby byl jedinec schopný se navrátit do běžného života a zvládal běžné denní, pracovní, vzdělávací, sociální, zájmové anebo rekreační činnosti.

Podle zákona č. 55/2011 Sb., *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*: „Ergoterapeut vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 v oboru

*ergoterapie a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v souladu s diagnózou a doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem.*“ (Česko, 2011)

V publikaci Neurologie pro studium i praxi autor uvádí, že ergoterapie se dříve nazývala léčba prací či výchova k soběstačnosti. Je to obor, který se v posledních letech vyvinul z oblasti rehabilitace. Ergoterapeut se snaží snížit potřeby a omezení jedince v běžném životě. To vše provádí výběrem vhodných kompenzačních pomůcek a s pomocí správného nácviku jejich používání, ve spolupráci s nemocným, minimalizuje omezení jedince. (Seidl, 2015).

Krivošíková (2011) uvádí, že ergoterapeut může poskytovat jednak skupinovou či individuální terapii, tak i poskytuje konzultační služby. Ergoterapeut se pohybuje v širokém spektru zařízení, kde se snaží o maximální podporu jedinců s disabilitou v účasti na denních aktivitách.

Z výše popsaného výčtu shodně vyplývá, že ergoterapeut je osobou, která by měla být schopná reagovat na individuální potřeby a schopnosti osob s disabilitou, a prostřednictvím pro ně smysluplných činností a jejich následných adaptací se snaží pomoci jim dosáhnout maximální možné soběstačnosti a nezávislosti v jejich běžném životě, a to, jak ve všech běžných denních činnostech, tak i v pracovních činnostech a aktivitách volného času.

### 1.2.3. Vývoj ergoterapie

*„Vývoj profese se odehrává v sociokulturním kontextu a odráží napětí mezi společenskou situací, potřebami klientů a situací v profesi.“ (Jelínková a kol., 2009, 20)*

Ergoterapie je profese, která se začala utvářet od počátku 20. století. Od té doby procházela a neustále prochází různými změnami a pokroky, a to, jak ve světě, tak i v České republice.

Zpočátku se u nás ergoterapie uplatňovala především v psychiatrických léčebnách u pacientů s duševním onemocněním. Pacienti zde pracovali na zahradách a v zemědělských provozech. Ergoterapii se říkalo léčba prací. (Klusoňová; 2014; Špičková, 2014)

Počátky ergoterapie v České republice se pojí s profesorem MUDr. Rudolfem Jedličkou, který od roku 1913 zaváděl ergoterapii v jeho známém ústavu v Praze. Toto zařízení, známé pod názvem Jedličkův ústav, bylo určeno pro děti s tělesným postižením a později i pro zraněné vojáky z První světové války (Pfeiffer, 1990). V Jedličkově ústavu bylo od počátku záměrem vést pacienty k maximálně možné soběstačnosti pomocí propojení odborné léčby. Jedličkův ústav byl proslulý svými cvičnými dílnami (truhlářskou, krejčovskou, zahradnickou výrobou ručně vázaných kobereců, vyšívaní praporů a stuh, šitím prádla. Největší raritou byla ortopedická dílna, kde se vyráběly protetické pomůcky (Jelínková a kol., 2011). V dnešní době je toto prosperující zařízení známo pod názvem Jedličkův ústav a školy.

Autor učebnice pro zdravotnické školy (Pfeiffer, 1990) blíže seznamuje čtenáře s úskalím vývoje oboru ergoterapie, protože v období po druhé světové válce byl obor ergoterapie jako samostatná kvalifikace středních zdravotnických pracovníků zrušen. Jeho následné obnovení jen těžko navazovalo na tradice oboru, zatímco v okolních zemích docházelo k jeho postupnému rozvoji a vytváření jeho dnešní identity a k pevnému zakotvení v rehabilitačním procesu. V České republice tomu bylo naopak, proto mluvíme v souvislosti s ergoterapií o poměrně novodobém oboru. S novým rozvojem oboru ergoterapie se postupně obměňovala i terminologie. Při nahlédnutí do starších literárních zdrojů vidíme, že autor používá v textu slovo rehabilitant místo slova pacient. Upozorňuje na to, že slovo pacient znamená „trpící“, ale „rehabilitant“ je člověk, který znovu nabývá své schopnosti. Slovo rehabilitant se v dnešní době používá v praxi zcela výjimečně a ustálil se termín pacient/klient. Slovo „pacient“ se běžně

používá jako označení osoby ve zdravotnickém zařízení a slovo „klient“ se používá pro osoby v sociálním zařízení.

Paradoxně vzhledem k tomu, že byl obor ergoterapie jako samostatná kvalifikace středních zdravotnických pracovníků po druhé světové válce zrušen, ergoterapie u nás zažívala svůj nový vzestup. V této době se stále setkáváme s termínem léčba prací. Nejen že během 2. světové války rapidně vzrostl počet lidí s disabilitou, protože se v té době vracelo mnoho vojáků z války, kteří utrpěli válečné zranění s těžkými následky. (Pfeiffer, 1990) Ale zároveň v padesátých letech 20. století zažíváme epidemii poliomyelitidy, rozšířenou napříč Evropu a Ameriku, která postihla spoustu dětí i dospělých jedinců, což vedlo k navýšení počtu osob s tělesným postižením. (Klusoňová, 2011)

Tyto momenty vedly k potřebě tuto nenadálou situaci řešit. Česká republika se inspirovala tehdejšími světovými trendy v péči o tyto osoby, neboť ve spolupráci se zahraničními odborníky vzniklo rehabilitační zařízení v Jánských lázních. Toto zařízení sloužilo pro léčení nemoci poliomyelitidy a následků s ní spojených. Probíhala zde komplexní léčba spojená s výchovou, vzděláváním a rozvinutou ergoterapií. Dalším velkým krokem, v rozvoji oboru ergoterapie, je otevření Státního ústavu rehabilitace v Kladruzech u Vlašimi, které se uskutečnilo v roce 1947. Významnou osobností, která se úzce pojí se Státním ústavem rehabilitace v Kladruzech a oborem ergoterapie, byla Jurka Pajtlová. (Klusoňová, 2011)

Jurka Pajtlová byla první vystudovanou ergoterapeutkou, která absolvovala své studium ve Spojených státech amerických, kde poté řadu let vedla úsek ergoterapie a zaškolovala další pracovníky (Klusoňová, 2014). Dalším nově zřízeným zařízením je Rehabilitační ústav v Chuchelné v Ostravě (zahájení provozu v roce 1952), sloužil především pro pacienty po nejtěžších úrazech (Špičková, 2014).

Během šedesátých až sedmdesátých let, často i později, ergoterapeutické úseky z různých důvodů vznikaly a zanikaly. Právě rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebny, zařízení pro rehabilitaci postižených dětí či vzdělávací instituce pomáhaly udržet rozvoj oboru ergoterapie. (Klusoňová, 2011)

## **1.3. Ergoterapie v České republice**

### **1.3.1. Studium oboru ergoterapie v České republice**

Obor ergoterapie lze v současné době v České republice studovat na vysokých školách v rámci pěti fakult. Studium ergoterapie probíhá na většině fakultách prezenční formou ve tříletých bakalářských programech. Výjimku tvoří 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, která v roce 2014/2015 otevřela první navazující magisterské studium ergoterapie v České republice. (Švestková, 2014, Univerzita Palackého v Olomouci, 2019)

Nově se v akademickém roce 2019/2020 se otevřelo bakalářské studium v oboru ergoterapie na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (Katalog programů a oborů, 2019). Dalšími fakultami, na kterých lze studovat obor ergoterapie jsou: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, kde byla zahájena první výuka bakalářského programu v roce 1994), Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě a Ústav zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Poslední jmenovaná fakulta je jedinou, kde lze ergoterapii studovat kombinovanou formou.

Předtím probíhalo studium ergoterapie denní formou ve tříletých programech ve studijním oboru diplomovaný ergoterapeut na čtyřech vyšších zdravotnických školách, a to konkrétně v Mostě, Teplicích, Ostravě a Plzni. (Jelínková a spol., 2009) Po dobu dalších 20 let se žádné nové studium ergoterapie neotevřelo, přestože jsou školy na území ČR rozmístěny velmi nerovnoměrně. (Votava, 2014)

Roku 1992 vzniká na Střední zdravotnické škole v Ostravě první tříletý studijní obor Ergoterapie. Tříleté studium na středních zdravotnických školách bylo v roce 2005 ukončeno (Jelínková a spol. 2009).

Jedna z prvních vedených výuk terapeutů u nás, tehdy rehabilitačních terapeutů, začala po 2. světové válce. Tato výuka byla zprostředkována díky Ministerstvu zdravotnictví. Studium trvalo jeden rok a bylo rozděleno do tří základních terapeutických pilířů:

- Fyzikální terapie – zahrnovala léčbu fyzikálními prostředky, masáže, polohování, mechanoterapii a nácvik chůze.
- Léčebná tělesná výchova – obsahovala individuální a skupinové cvičení, cvičení ve vodě, hry, modifikované sporty, výcvik lokomoce.

- Léčba prací – s využitím výtvarných, řemeslných prací, prací v exteriéru, her, manipulačních cvičení pro ruce, nácviku řeči a výchovy k samostatnosti.

Toto studium mohl absolvovat každý zájemce z celé republiky. Avšak pouze za předpokladu, že splňoval stanovené podmínky pro přijetí (buď měl středoškolské, nebo vysokoškolské vzdělání, anebo pětiletou praxi v rehabilitačním ústavu a lázních). Posledním školním rokem ve vzdělávání ergoterapeutů byl rok 1952/53. Následně se v šedesátých letech otevřelo dvouleté nástavbové studium v oboru rehabilitační pracovník. (Klusoňová, 2011)

První ergoterapeutická škola na světě dle Klusoňové (2011) byla otevřena 1925 v Chicagu. Práce ergoterapeuta byla zaměřena na osoby s mentálně a psychicky nemocnými. Postupně pak vznikaly školy v Anglii a skandinávských zemích.

### 1.3.2. Uplatnění ergoterapeuta v České republice

Ergoterapie je poměrně nový a velmi různorodý obor. S tím se pojí jeho neustálé rozvíjení. Ergoterapeut v České republice může pracovat **napříč celým spektrem** zdravotnických oborů, v sociální oblasti a v oblasti vzdělávání (Švestková, 2015; Klusoňová, 2011). Organizace Ergoterapie v Evropě (OT-EU, 2019) poskytuje informaci o tom, že v České republice pracuje 20 ergoterapeutů i v oblasti vlastní odborné praxe. V porovnání s ostatními zeměmi je rozdíl počtu pracujících ergoterapeutů v praxi velmi rozdílný, např. Německo uvádí, že má k roku 2019 ve své zemi 29 000 ergoterapeutů ve vlastní praxi, Rakousko má 1020, Francie má 1432, Belgie má 600, Španělsko má 6.000, Anglie má 869.

Švestková (2015) uvádí, že se v dnešní době ergoterapeut může uplatnit nejen v oblasti zdravotnictví, ale také v oblasti sociální rehabilitace, pedagogicko-výchovné, v oblasti ergodiagnostiky a pracovní rehabilitace, dále v práci s minoritami ve společnosti, včetně vězeňství. Klusoňová (2011) se navíc zmiňuje o uplatnění ergoterapeutů v praxi v oblasti v domácí péči, v pojišťovnách (přidělování kompenzačních pomůcek), na pracovištích v poradenství ohledně ergonomie.

Dle Krivošíkové (2011) se ergoterapeut uplatňuje nejen ve zdravotnických, ale i v sociálních službách, především v rehabilitačních klinikách a stacionářích, lázeňských léčebných ústavech, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, osobní asistenci, rané péči aj. Zaměřuje se na pacienty s akutními, dlouhodobými i trvalými následky. Ergoterapeut má své uplatnění také v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním. Autorka neopomíná ani vzdělávací instituce pro přípravu studentů, speciální školy a firmy s kompenzačními pomůckami.

Dle Klusoňové (2011) má ergoterapeut uplatnění v ambulantních nebo lůžkových zdravotnických zařízeních, v rehabilitačních ústavech a centrech, v léčebnách dlouhodobě nemocných, ve specializovaných léčebnách, v lázeňských léčebnách, ústavech sociální péče, v domácí péči, v léčebných a vzdělávacích zařízeních pro tělesně nebo smyslově postižené, a to jak v zařízeních pro děti, tak dospělé nebo seniory, v chráněných dílnách, na úradech práce, v posudkových komisích, v pojišťovnách, v institucích pro vzdělávání ergoterapeutů a v porodnicích. Autorky Dončevová a Dvořáková (2017) uvádějí, že ergoterapeuti se v poslední době mnohem častěji setkávají s nárůstem počtu dětí ve své praxi. Tato skutečnost může souviset s rozvojem intenzivní medicíny a zvýšením počtu přeživších (Hůlková, 2017) jako např.



u předčasně narozených novorozenců (Dončevová a Dvořáková, 2017). Další častou komplikací v oblasti neonatologie je poporodní paréza brachiálního plexu, kde je u novorozence zásadní včasné zahájení ergoterapie (Dvořáková, 2017). Chytrá (2015) popisuje uplatnění ergoterapeuta u dětí v předškolním a školním věku. Uvádí, že ergoterapeut může působit v oblastech ortopedie, chirurgie, psychiatrie, neurologie aj.

V zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů se doslovně uvádí, že: „za výkon povolání ergoterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné, rehabilitační a **paliativní péče** v oboru ergoterapie.“ (Česko, 2004)

Švestková a Svěcená (2013) shrnují, kde se běžně vyskytuje ergoterapeut. Uvádí rehabilitační kliniky, rehabilitační ústavy a všude tam, kde se vyskytují jedinci s fyzickým postižením. Na pracovištích, kde se pracuje s klienty s adiktologickou problematikou, se v praxi častěji objevuje pracovní terapeut. Tyto dvě profese mnoho lidí zaměňuje. Zatímco cílem práce ergoterapeuta je zlepšit kvalitu života ve všedních denních činnostech, tak pracovní terapeut v praxi zabavuje klienty a snaží se odvést jejich myšlenky od problému, a to většinou pomocí kreativních nebo rukodělných činností. V článku Svěcené a Rodové (2019) se se popisují možnosti uplatnění ergoterapeuta v adiktologii.

Již z tohoto výčtu je zřejmé, že práce ergoterapeuta na jednotlivých pracovištích se bude výrazně odlišovat, což se velmi úzce pojí s nesnadnou definicí ergoterapie. Ergoterapie je velmi široký pojem. Ergoterapeut může pracovat například ve vězeňství, na úřadech práce, v posudkových komisích, v pojišťovnách, ve vzdělávacích institucích. Ale je tomu skutečně tak? Jak vypadá současný stav ergoterapeuta v České republice na poli práce? To jsem se pokusila zjistit v rámci dotazníkového šetření.

### 1.3.3. Česká asociace ergoterapeutů

Jediné sdružení ergoterapeutů v České republice je profesní organizace Česká asociace ergoterapeutů (dále jen ČAE), které je dobrovolnou profesní asociací ergoterapeutů a jiných osob působících v ergoterapii. Jedná se o tým dobrovolníků s transparentně nastavenými cíli a jasně vymezenou agendou. Hlavním úkolem ČAE je hájit profesní práva a zájmy kvalifikovaných ergoterapeutů. Zároveň se podílet na rozvoji oboru ergoterapie v České republice i přínosu a uplatnění ergoterapie v rámci komplexní rehabilitace osob každého věku s různým zdravotním postižením napříč zdravotnickými a sociálními službami. Aby dosáhla cílů, které si organizace stanovila, spolupracuje s obdobnými organizacemi či jejich členy a úřady nejen v České republice ale i v zahraničí. Členové ČAE jsou zavázáni dodržováním Etického kodexu ergoterapeuta a Stanovami ČAE. (ČAE, 2019a; Jelínková, 2014)

ČAE byla založena v roce 1994 v Ostravě a je registrována Ministerstvem vnitra ČR jako nezisková organizace. Tato profesní organizace se sídlem v Praze je aktivním členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC). V současné době má okolo 221 členů. (ČAE, 2020)

Profesní organizace má tyto základní cíle:

- Hájit a prosazovat zájmy profese,
- snažit se o rozšíření sítě ergoterapeutických pracovišť,
- vyzvednout důležitost a nezastupitelnost ergoterapie v rehabilitaci,
- aktivně propagovat profesi,
- prosazovat ergoterapeutické postupy,
- napomáhat ke zvyšování standardu ergoterapeutických pracovišť,
- vymezit úlohu ergoterapeuta v péči o osoby s disabilitou
- garantovat a podporovat odbornou způsobilost svých členů,
- dohlížet na systém vzdělávání budoucích ergoterapeutů,
- zvyšovat kvalifikace ergoterapeutů,
- spolupracovat se zahraničními ergoterapeutickými organizacemi,
- zajišťovat pořádání vzdělávacích seminářů, odborných konferencí a kurzů,
- vydávat odborné publikace, sborníky z odborných konferencí a další vzdělávací materiály (jak pro členy spolku, tak pro ostatní praktikující ergoterapeuty),
- rozvíjet a kontrolovat dodržování etických pravidel ergoterapeuta,

- hájit profesní práva a zájmy členů spolku,
- napomáhat v zajištění právní pomoci členům spolku ve sporech souvisejících s výkonem jejich povolání,
- aktivně usilovat o legislativní ukotvení oboru ergoterapie. (ČAE, 2019a)

### 1.3.4. Celoživotní vzdělávání ergoterapeutů

V důsledku stále kratších inovačních cyklů a vývoje nových technologií jsou neustále překonávány naše dosavadní vědomosti a znalosti, ze kterých následně v oblasti praxe čerpáme. Proto je velmi důležité, aby docházelo ke kontinuálnímu vzdělávání a doškolování odborníků. Autoři knih vychází z poznatku, že odborná kvalifikace je v dnešní době nemyslitelná bez celoživotního učení. (Belz a Seigrist, 2015; Svobodová, 2015)

Ergoterapie se řadí mezi nelékařské zdravotnické obory. Povinnost celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů plynula ze zákona č. 96/2004 Sb. Tento zákon poprvé definoval pojem celoživotního vzdělávání a definoval i formy celoživotního vzdělávání. Doposud bylo celoživotní vzdělávání založeno na akreditovaném systému, který byl jednotný pro každého pracovníka. (ČAE, 2008; Česko, 2004)

Zákon č. 201/2017 Sb., s účinností od 1. 9. 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů říká, že povinnost celoživotního vzdělávání je i nadále zachována, tedy je povinná pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. (Česko, 2017)

Avšak následná koordinace celoživotního vzdělání je plně v režii samotných zdravotnických pracovníků a jejich zaměstnavatelů. Zaměstnavatelům je umožněno plánovat a realizovat celoživotní vzdělání dle svých skutečných potřeb a požadavků praxe. Kontrolu celoživotního vzdělávání u svých zaměstnanců musí zajistit každý poskytovatel zdravotních služeb. Přičemž způsob a pravidla realizace celoživotního vzdělávání na pracovišti je zajištěno skrze interní procesy poskytovatelů zdravotních služeb. (MZČR, 2018a)

Během celé profesní kariéry je nutné udržovat celoživotní vzdělávání, aby nedocházelo k tzv. „kvalifikační erozi“ Kvalifikační erozi popisuje Svobodová (2015) autorka jako postupnou ztrátu profesní kvalifikace. Proto musí být neustále vyžadována aktualizace a rozšiřování znalostí, vědomostí a kompetencí.

### 1.3.5. Systém rehabilitace v České republice

Ergoterapie je součástí uceleného rehabilitačního procesu, proto prostupuje všemi fázemi rehabilitace. Přičemž by ergoterapeut měl být v ideálním případě součástí multidisciplinárního týmu (Jelínková, 2009; Švestková, 2011).

Pojem rehabilitace vychází z latinského slova „habilis“, což v překladu z latiny znamená schopný (způsobilý) a předpony „re“, která v překladu znamená zpět, návrat nebo opakování. Pojem rehabilitace pochází z novolatinské terminologie, jež byla zavedena v 19. století (Votava a kol., 2003). Jedná se tedy o ustálený pojem, který je aktivně (běžně) používán ve stejné souvislosti dodnes, a to jak laickou, tak i odbornou veřejností. Rehabilitace je tedy koordinovaný a vzájemně provázaný proces, který se zabývá (zahrnuje) zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematikou. Jde tedy o kombinovanou, koordinovanou a vzájemně provázanou činnost jednotlivých složek rehabilitace s využitím všech možných prostředků dle potřeby. Základním cílem rehabilitace je minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého postižení jednotlivců, čímž se snaží o jejich optimální začlenění do společnosti (Kolář, 2009). Klusoňová (2011) popisuje rehabilitaci jako dynamický proces, který probíhá od léčebných opatření až po integraci osoby s disabilitou. Z tohoto důvodu se často užívají pojmy komplexní (komprehenzivní, ucelená) rehabilitace. Současný stav poskytování rehabilitace můžeme rozdělit do čtyř oblastí dle charakteru využívaných prostředků na léčebnou rehabilitaci, sociální rehabilitaci, pedagogickou rehabilitaci a pracovní rehabilitaci. Přičemž všechny složky jsou úzce provázány (Kolář 2009; Klusoňová, 2011).

Léčebná (medicínská) rehabilitace – je součástí zdravotní péče. Snaží se o dosažení maximální možné funkční schopnosti jedince skrze soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření. (Kolář, 2009) Léčebná rehabilitace může být poskytována jako ambulantní péče, anebo lůžková péče. Probíhá ve zdravotnických zařízeních, jako jsou kliniky léčebné rehabilitace, rehabilitační centra, rehabilitační ústavy a odborné léčebné ústavy včetně lázeňských. Tato zařízení mohou být státní či soukromá. (Klusoňová, 2011)

Sociální rehabilitace – řeší všechny sociální problémy a potřeby osob s disabilitou. Patří sem ekonomické zajištění (důchody, nárokové i mimořádné příspěvky) a zajištění pomoci a péče. Prostřednictvím sociální rehabilitace se snažíme

o zmírnění sociální disability. Touto strategií klientovi pomáháme dosáhnout jeho životní pohody a zároveň zvyšujeme resocializaci klienta. (Klusoňová, 2011) Sociální rehabilitace vede k nácviu potřebných dovedností, které povedou k dosažení maximální samostatnosti a soběstačnosti klienta v běžném životě. Neboť tato situace vede ke snazšímu sociálnímu začlenění. (Kolář, 2009)

Pedagogická rehabilitace – zaměřuje se na vzdělání osob s disabilitou, převážně dětí a mládeže. Pedagogická rehabilitace je zahájena v situaci, kdy nemůže vzdělávání probíhat běžným způsobem a je zapotřebí podpůrných opatření a prostředků. (Kolář, 2009) Jejím cílem je vytvoření vhodných podmínek pro výchovu, vzdělání a následnou profesní přípravu. Využívá k tomu pedagogické, terapeutické, psychologické, technické a ergonomické prostředky, a to vše probíhá v úzké spolupráci s rodinou. (Klusoňová, 2011)

Pracovní rehabilitace – se zaměřuje na získání, obnovení nebo popřípadě udržení určitého pracovního potenciálu. Pokud dojde ke snížení funkční schopnosti jedince, tak to samozřejmě negativně ovlivní i jeho pracovní schopnosti. Klusoňová (2011) upozorňuje na důležitost spolupráce institucí, úřadů a podniků v procesu řešení problémů v pracovní rehabilitaci. Do této oblasti spadá úprava pracovního prostředí, návrh vhodných kompenzačních pomůcek, individuální návrh vhodné pracovní pozice. Jejím hlavním cílem je integrace osoby s disabilitou do pracovního procesu (Jelínková a spol., 2009).

Kolář (2009) zdůrazňuje základní pilíře poskytování rehabilitace: včasné zahájení rehabilitace, komplexnost, návaznost a koordinovanost jednotlivých služeb, dostupnost, individuální přístup pro osoby s disabilitou, multidisciplinární posouzení a součinnost. Jedině tehdy lze stanovit odpovídající prostředky rehabilitace.

Otázkou je, zda tato koordinace a provázanost jednotlivých složek rehabilitace v praxi skutečně funguje. Zvláště když v České republice stále přetrvává absence zákona o rehabilitačních službách a nejsou tak vytvořeny legislativní předpoklady k propojení jednotlivých složek rehabilitace. Bohužel v právním řádu České republiky není systém koordinované rehabilitace dosud zcela zakotven. Jedná se o zákon, o němž se řadu let aktivně diskutuje. Již v roce 2003 se o přípravě tohoto zákona (Zákon o ucelené rehabilitaci) zmiňuje autor ve své publikaci Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením (Pfeiffer, 2003).

Úspěšný průběh koordinované rehabilitace též úzce souvisí s komunikací jednotlivých odborníků, kteří se o osoby s disabilitou starají, a to, jak na pracovišti, tak

i mimo něj. Švestková a Svěcená (2013) zdůrazňují důležitost **interprofesionálního týmu** na pracovišti a jmenuje jednotlivé pracovníky, kteří se mohou společně podílet na fungování koordinované rehabilitace. Mezi základní profese, které mezi sebou v rámci fungujícího interprofesního týmu úzce spolupracují, řadí: lékaře, psychology, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, speciální pedagogy, sociální pracovníky, posudkové lékaře, biomechanické inženýry, zdravotní sestry, protetiky a v neposlední řadě neopomíjí ani rodinu a blízké přátele pacientů. O vhodnosti navázání úzké spolupráce ergoterapeutů s jednotlivými odborníky se již na konci 20. století zmiňuje Pfeiffer (1991).

Hlavní složky fungujícího týmu jsou schopnost komunikovat a kooperovat. Belz a Siegrist (2015) popisují komunikativnost jako vlastnost, kterou by měl jedinec mít a zároveň jí musí umět používat v rámci komunikace s ostatními. Mezi základní atributy v rovině dovedností autoři řadí připravenost a schopnost jedince vědomě komunikovat, a to, aby komunikace probíhala harmonickým způsobem. Čili vyjadřovat se co nejjasněji a nejsrozumitelněji, nebát se opakovat, shrnovat sdělení, Dále by měl jedinec být schopen vědomě ostatním naslouchat, umět rozlišit podstatné od nepodstatného, být vstřícný k potřebám jiných, pečlivě dbát na neverbální signály a dávat zpětnou vazbu. Kooperativnost autoři popisují jako: *„připravenost a schopnost jedince podílet se aktivně a zodpovědně na skupinových pracovních procesech.“* Mezi základní komponenty řadí dobrovolné a aktivní poskytování svých dovedností, být empatický, dodržovat dohodnutá pravidla a neztrácet ze zřetele společný cíl.

### 1.3.6. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK), z anglického originálu International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, dále už jen klasifikace. Používá čtyři základní komponenty (tělesné funkce a struktury, aktivity a participace). Tato klasifikace má sloužit jako jednotný, **standardizovaný a ucelený** nástroj pro popis zdraví a stavů, které jsou se zdravím jedince úzce spojeny. Dále jako efektivní, rychlý a jednoznačný zdroj přenosu informací mezi jednotlivými odborníky, v rámci case managementu o pacienta. Klasifikace též umožňuje porovnávání dat z různých oblastí a zemí. (Švestková a spol., 2009; Švestková a Pfeiffer, 2009; WHO, 2008)

Tato klasifikace byla vydána v roce 2001 Světovou organizací zdraví (WHO). Její praktické používání bylo doporučeno Evropskou komisí a Radou Evropy, a to všem členským zemím. Do českého jazyka byla klasifikace přeložena až v roce 2008. Od dubna roku 2015 si její celé znění můžeme volně přečíst na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. (ÚZIS, 2019a)

Dle Švestkové (2011) je funkční diagnostika jeden ze základních pojmů legislativy v oblasti rehabilitace. Autorka uvádí, že ve vyspělých zemích je funkční diagnostika významně využívána. A že právě konstrukcí funkční diagnózy se Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví zabývá. Tato klasifikace tedy seskupuje popis situací z pohledu funkčních schopností člověka a zároveň jejich omezení, a slouží jako rámec pro organizování těchto informací. Čili strukturalizuje informace ve smysluplné vzájemně provázané a snadno přístupné formě. Funkční diagnostika dle klasifikace je smysluplný a efektivní nástroj nejen pro hodnocení v terapii, ale i pro předávání komplexních a jednotných informací o pacientovi v rámci celého multidisciplinárního týmu.

Dalším důležitým pojmem ve funkční diagnostice je slovo disabilita, které se v české odborné terminologii užívá stále častěji. S profesí ergoterapeuta je velmi úzce spjato, jelikož ergoterapeuti pomáhají lidem s disabilitou zvládat každodenní činnosti. Využívají k tomu specifické metody a techniky, včetně nácviku konkrétních dovedností. Také mohou poskytovat poradenství ohledně kompenzačních pomůcek a těm, kteří to potřebují, pomáhají i s přizpůsobením prostředí. (Švestková a Svěcená, 2013; Švestková, 2015)



*„MFK plně podporuje filozofii ergoterapie“* (Svěcená, 2019), protože ergoterapeut nikdy nepředpokládá ani neodhaduje stav pacienta, ale vždy si ho funkčně ověří. Právě funkční diagnostika je to, co ergoterapeuty a klasifikaci spojuje. Z tohoto hlediska je zřejmé, proč dokáže ergoterapeut účelně oklasifikovat komponenty aktivit a participace a zároveň plnohodnotně vyhodnotit bariéry a facilitátory prostředí (jedince?). Autorka zdůrazňuje význam používání MFK v rámci interprofesního týmu. (Svěcená, 2019)

V ergoterapeutické intervenci je včasná funkční diagnostika zásadní, jak pro vhodně zvolenou terapii, tak pro následnou rekonvalescenci pacienta. Potažmo v oblastech znovu začlenění do běžného života, všedních denních činností, společnosti či pracovního prostředí.

### 1.3.7. Vykazování ergoterapeutických výkonů

Databáze k seznamu zdravotnických výkonů (dále jen SZV) je volně přístupná veřejnosti. Aktuální vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky je stanoven SZV (s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování). A to, na základě zmocnění z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*. Postup vykazování je s účinností od 1. ledna 2016 specifikován § 17b zákona. Pracovní skupinu k SZV (skupina má 12 stálých členů) zřizuje ministr zdravotnictví. Ale případné vyřazení, změnu či zařazení zdravotního výkonu ze seznamu SZV navrhuje MZ ČR, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, popřípadě odborné společnosti (VZP, 2020).

Pokud jsou splněny smluvní závazky, tak může v současné době ergoterapeut v praxi vykazovat 13 zdravotnických výkonů. Dle vyhlášky č. 493/2005 Sb. přísluší oboru ergoterapie odbornost 917 (garance odbornosti výkonu pod číslem 917). Jednotlivé výkony s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování shrnuje Tabulka č. 1.3.6.1. Pro vykazování jednotlivých kódů je nezbytné mít s danou pojišťovnou nasmlouvaný konkrétní výkon. V současné době máme v České republice sedm pojišťoven (MZČR, 2018b).

Tabulka 1.3.6.1 Seznam ergoterapeutických výkonů (aktuální platná verze od 1. 7. 2019; Číselník 1212)

ČÍSLO VÝKONU: Kód	ODB	OUM	Název výkonu	Čas výkonu (MIN.)	OF	KV	Body
21609	917	S	SPECIALIZOVANÉ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE	45	1/1 Den	P	287
21610	917	S	SPECIALIZOVANÉ KONTROLNÍ ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ	45	1/1 den, 4/1 čtvrtletí	P	287
21611	917	-	VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM PŘI ZAHÁJENÍ ERGOTERAPIE	45	1/1 den	P	258
21612	917	-	KLASIFIKOVÁNÍ PODLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ, DISABILITY A ZDRAVÍ	30	1/1 den, 3/1 čtvrtletí	P	192
21613	917	-	VYŠETŘENÍ ERGOTERAPEUTEM KONTROLNÍ	30	1/1 den, 4/1 čtvrtletí	P	172
21614	917	-	ERGOTERAPEUTICKÉ VYŠETŘENÍ PRO NAVRŽENÍ VHODNÝCH TECHNOLOGIÍ A PRODUKTŮ	20	1/1 den, 6/1 čtvrtletí	P	114
21621	917	S	INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE ZÁKLADNÍ	30	2/1 den, 36/1 čtvrtletí	P	206
21622	917	S	ERGOTERAPEUTICKÉ METODY NA NEUROFYZIOLOGICKÉM PODKLADĚ	45	1/1 den	P	287
21623	917	S	INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE S VYUŽITÍM DÍLEN	30	2/1 den, 24/1 čtvrtletí	P	200
21625	917	-	NÁCVIK VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ – ADL	30	2/1 den, 48/1 čtvrtletí	P	181
21627	917	S	ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ ZÁKLADNÍ	11	2/1 den, 24/1 čtvrtletí	P	86
21629	917	S	ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ S VYUŽITÍM DÍLEN	11	2/1 den, 24/1 čtvrtletí	P	86
21631	917	-	CÍLENÁ ERGOTERAPIE RUKY	30	2/1 den	P	192
<b>Poznámka:</b> ODB – odbornost výkonu, OUM – omezení úhrady místem (S – výkony provedené na specializovaném pracovišti), OF – omezení frekvencí, KV – kategorie výkonu (P – výkon hrazen plně)							

(Zdroj: VZP, Zdravotní výkony, 2019, Vlastní tvorba)

## **1.4. Základní složky (hlavní oblasti) ergoterapeutické intervence**

### **1.4.1. Vyšetření v ergoterapii**

Ergoterapeut zjišťuje úzké vztahy mezi strukturou a funkcí pohybového systému, nejčastěji se jedná o vyšetření horní končetiny.

V rámci klinického vyšetření provádí ergoterapeut vyšetření v určité posloupnosti, aby předešel zbytečným a zavádějícím informacím a byl veden k rychlému a přesnému diagnostickému závěru a mohl tak navrhnout přesný a vhodný cíl a plán terapie (Gross a spol., 2005). V terapii je velmi důležitá spolupráce a snaha o společný cíl jak pacienta, tak i odborníků interprofesního týmu. Jinak řečeno, základem kvalitní a efektivní léčby (rehabilitace) pacienta je cílené a přesné vyšetření odborníků, kteří se na léčbě pacienta podílejí v souladu se zdravotním stavem pacienta a požadavcích prostředí, které ho obklopuje (Jelínková a spol., 2009). Do tohoto týmu patří i rodina pacienta, protože právě ona často bývá pro pacienta nejbližší oporou a pomocí.

Ergoterapeut cíleně pozoruje pacienta již ode dveří terapeutické místnosti, jeho pohybové stereotypy, kompenzační mechanismy, komunikační schopnosti – sociální interakce atd. Na prvním setkání pacienta s ergoterapeutem probíhá tzv. vstupní vyšetření. Součástí vstupního vyšetření jsou standardizované a nestandardizované testy, které se mohou lišit dle pracoviště. Vyhláška 55/2011 Sb. ukládá, aby testy, které má ergoterapeut k dispozici byly vybírány s určitým záměrem. Hlavním důvodem je testování funkčního stavu pacienta, který je sledován a porovnáván v průběhu terapie, minimálně však na začátku a na konci. Je to rovněž nepostradatelný nástroj pro komunikaci v rámci interprofesního týmu. Do základního vyšetření ergoterapeutem patří vyšetření palpací a aspekci, vyšetření pasivní a aktivní pohyblivosti, vyšetření citlivosti, svalové síly, spasticky, vyšetření hrubé a jemné motoriky na horních končetinách aj. (Švestková a Svěcená, 2013)

Podle výstupů z vyšetření ergoterapeut zvolí přístup, kterým se bude snažit o ovlivnění patologického provádění pohybu či patologických souhybů při vykonávání činnosti. Při činnosti se ergoterapeut snaží zapojit obě horní končetiny pacienta do aktivity. (Švestková, 2015) Terapeut by měl být schopen reagovat na individuální potřeby jedince (Kopřiva, 2011).

Neméně důležitým krokem je stanovení cílů pacienta. Ergoterapeut na základě vyšetření zhodnocuje, zda jsou cíle, se kterými pacient do terapie přichází přiměřené a dosažitelné. To vše provádí vzhledem k dané situaci a prostředí, ve kterém se pacient aktuálně nachází. (Votava a spol., 2019) Velkou roli zde hrají jeho silné a slabé stránky. Důležitým prvkem v terapii je samotná motivace pacienta. Z výstupů vstupního vyšetření následně ergoterapeut sestavuje podrobné plány terapie, zvažuje, na jaké činnosti se v terapeutické jednotce zaměří, jaké specifické přístupy zvolí. Dále si musí ergoterapeut zvolit, jakým způsobem bude zlepšení pacienta zaznamenávat. To proto, aby mohly být výsledky jak v průběhu, tak i na konci ergoterapeutické intervence porovnávány a vyhodnocovány, a mohly se tak stanovit relevantní závěry. (Jelínková a spol., 2009)

## **Výčet základních ergoterapeutických hodnocení:**

Z důvodu nekoordinovaného implementování hodnotících nástrojů do ergoterapeutické praxe (na jednotlivých pracovištích) vzniká v České republice mnoho modifikovaných verzí různých hodnotících nástrojů. Následkem toho je, že ergoterapeuti v rámci České republiky využívají v praxi heterogenní hodnotící nástroje, což skýtá problém především v oblasti objektivizace při hodnocení pacienta a vede ke vzdalování se ve společné komunikaci mezi ergoterapeuty.

Strategickým řešením se zdá plošné sjednocení všech hodnocení v ergoterapeutické praxi, a to v celonárodním rozsahu.

Bylo by proto potřeba, aby jednotlivá pracoviště mohla využívat homogenní, jasná, a především objektivní hodnocení, která budou mít sjednocenou terminologii (licence, překlad), sjednocený postup akceptace, validizace nástrojů a budou průběžně aktualizována (kulturní adaptace). V ideálním případě tak, aby s tímto procesem byli kontinuálně seznamováni příimí uživatelé. (Pokorná, 2017)

Jelínková a spol. (2009) v publikaci upozorňují na fakt, že na hodnocení se v praxi neklade takový důraz, jaký by se klást měl. Při využívání ergoterapeutického hodnocení by se měla zohledňovat vhodná kritéria výběru testu. Důležitým kritériem pro výběr je standardizace hodnocení.

Hodnocení používaná v praxi je nutné kulturně adaptovat testy, sjednotit administraci, validizovat a zajistit jejich diseminaci a dostupnost do klinické praxe. Kdyby se povedlo sestavit základní povinnou baterii (soubor posuzujících nástrojů) nástrojů, která by byla dostupná a ověřená, tak by to vedlo ke zvýšení satisfakce pečujících a zároveň by to byla příležitost ke zkvalitnění péče (Pokorná, 2017).

Autorka práce sestavila základní výčet nejběžnějších ergoterapeutických vyšetření, se kterými se v rámci výuky magisterského studia nebo své praxe setkala. Tyto testy autorka práce následně rozdělila do čtyř oblastí.

### **Zaměřené na objektivní hodnocení v oblasti všedních denních činností (globálně):**

*Barthel Index* (BI, Index Barthelové) – je standardizované hodnocení personálních všedních denních činností, které dokáže odhalit změny funkčního stavu v rehabilitačním procesu. A indikuje míru asistence. Toto hodnocení je volně přístupné na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky. (Pokorná, 2019)

*Funkční míra nezávislosti* (FIM-Funcional Independence Measure) – je standardizované hodnocení, které je od BI komplexnější (nezahrnuje pouze hodnocení oblasti fyzické stránky, ale též položky psychosociální oblasti a oblasti komunikace). Hodnotí celkem 18 položek rozdělených do 6 kategorií. (Křivošíková, 2011)

*Spinal Cord Independence Measure* (SCIM) je škála, která byla vytvořena speciálně pro hodnocení disability pacientů po míšním poranění. Obsahuje čtyři hlavní oblasti s celkem 16 dotazy (oblast sebeobsluhy, oblast respirace a kontroly vyprazdňování, oblast mobility a oblast lokomoce). (Kříž, 2009)

*Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání* (COPM – Canadian Occupational Performance Measure) – Hodnocení, kde sám pacient posuzuje důležitost jeho problémů, jak dobře může činnosti provádět a jak je spokojen s kvalitou jejího provedení. Přisuzuje položkám priority; dle vlastního uvážení. (Law, 2008)

#### **Zaměřené na objektivní hodnocení funkce horní končetiny:**

*Jebsen-Taylor test* (JTT): Standardizovaný test, který se skládá ze sedmi úkolů. Úkoly jsou zaměřené na funkční hodnocení horních končetin a jejich zapojení do běžných denních aktivit. Test hodnotí jemnou motoriku a funkčnost ruky s lehkými a těžkými předměty. (Poole, 2003; Švestková a Svěcená, 2013)

*Purdue Pegboard test* je standardizované hodnocení, které hodnotí obratnost prstů a jemné motoriky a koordinace. V ergoterapeutické praxi je široce využíván pro zhodnocení v rámci ergodiagnostiky (řadí se mezi povinná vybavení ergodiagnostických center v ČR). (Švestková a Svěcená, 2013)

*Devíti-kolíkový test* (NHPT-Nine-Hole Peg Test) - Standardizovaný test, který hodnotí jemnou motoriku (obratnost rukou) horních končetin a koordinaci. (Grice a kol., 2003)

*Frenchayský test paže* (FAT-Frenchay Arm Test) patří mezi standardizované testy. DeSouza a kol. (2009) představují test jako seznam sedmi činností, které jsou součástí celkového funkčního vyšetření paže, skládající se z 25 subtestů, rozdělených do 5 částí, který umožňuje získat pohled na funkční schopnosti pacientů s poruchami horní končetiny. FAT se používá u osob s poškozením horních končetin v důsledku neurologické poruchy.

*Modifikovaný Frenchayský test paže (MFS-Modified Frenchay scale)*, který rozpracoval prof. Gracies a kol. v roce 2002. standardizovaný test, který umožňuje získat ucelený pohled na funkční schopnosti pacientů s poruchami horní končetiny. Tento test zahrnuje 10 testovacích úkolů (z toho 6 bimanuálních úkolů) a má širší rozpětí skórování než FAT.

*Box and Blocks* je standardizovaný nástroj, určený pro hodnocení hrubé motoriky a obratnosti horních končetin, může být použit k posouzení funkčních schopností jedinců s postižením horních končetin (Kontson a kol., 2017).

*Fugl-Meyerovo hodnocení* (FMA-Fugl-Meyer Assessment) je standardizované hodnocení, které zohledňuje motorické funkce, rovnováhu, vnímání a fungování horních končetin a bolesti. Je indexem pro posouzení senzomotorického poškození u jedinců, kteří měli cévní mozkovou příhodu (Barbosa a kol., 2018). Posuzuje tedy pohyby v rámci synergií, a to tak, že hodnotí kvalitu provádění pohybů bez naplánovaných patologických automatismů (Lippertová-Grünerová, 2015).

*Action Research Arm Test (ARAT)* – Test, který hodnotí aktivity horních končetin, hodnocení je prováděno v rámci čtyřbodové škály. Jedná se o aktivity, kde pacient uchopuje různé předměty, přenáší je a manipuluje s nimi. (Lippertová-Grünerová, 2015)

### **Zaměřené na hodnocení v oblasti kognitivních funkcí**

*Addenbrookský kognitivní test* (ACE-Addenbrooke's Cognitive Examination) je test, který hodnotí komplexně kognitivní funkce, které jsou hodnoceny v 18 položkách (Krivošíková, 2011). Tento test zahrnuje Mini Mental State Examination a Test hodin (Švestková a Svěcená, 2013).

*Mini Mental State Examination* (MMSE) je screeningový kognitivní test, používaný v klinické praxi. Test hodnotí orientaci, rozsah pozornosti, pozornost a počítání, paměť a řeč. (Nikolai, 2013) U nás je nejčastěji používaným testem mentálního stavu, zejména v gerontopsychiatrii (Krivošíková, 2011).

*Rivermeadský behaviorální test* (RBMT – Rivermead Behavioral Memory test) – je standardizovaný test, který obsahuje 11 subtestů a hodnotí nezbytné kognitivní schopnosti potřebné pro adekvátní fungování v běžném životě. Existuje několik verzí testu (dětská, základní, pro seniory a rozšířená verze). (Švestková a Svěcená, 2013)



Screeningové testové metody slouží k získání informací o pacientovi v poměrně krátké době a zjištěné informace mají pouze orientační charakter. Tyto informace slouží terapeutovi jako vodítko, jakým směrem se má v diagnostice dále posouvat.

*Lowensteinské ergoterapeutické hodnocení kognitivních funkcí (LOTCA – Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment)* je screeningové hodnocení kognitivních funkcí, které obsahuje 25 subtestů. (Švestková a Svěcená, 2013)

*Montrealský kognitivní test (MoCa-Mont)* – je hodnocení, které odhaluje kognitivní poruchy nebo mírnou demenci (Krivošíková, 2011). Tento screeningový test slouží pro identifikaci deficitu kognitivních funkcí (Nikolai, 2013).

### **Speciální hodnocení:**

*Test senzorycké integrace a praxe (SIPT – The Sensory Integration and Praxis Tests):* Standardizovaný test, který nabízí komplexní a flexibilní pohled na senzoryckou integraci a praktické schopnosti dětí, je určen pro děti od 4-8 let a 11 měsíců, test obsahuje 17 subtestů, rozdělených do čtyř základních skupin (1. taktilní a vestibulo-proprioceptivní zpracování, 2. tvarové, prostorové a zrakově-motorická koordinace, 3. praxe, 4. bilaterální integrace a sekvenování). Terapeut musí projít speciálním výcvikem. (Vondráková, 2016)

### **1.4.2. Poradenství a kompenzační pomůcky**

Zvýšení soběstačnosti v jakékoliv činnosti může pacient docílit vhodně zvolenou kompenzační pomůckou, která mu je „šita na míru“. Tato pomůcka napomáhá k maximální možné úrovni soběstačnosti jedince s disabilitou, a tím umožní nezávislost ve všech aspektech života (Kříž a Chvostová, 2009; Vágnerová, 2004). Kompenzační pomůcka může zajistit, aby jedinec s disabilitou nebyl závislý na druhé osobě (Vojtík a kol., 2012). Ergoterapeut řeší, v návaznosti na doporučení potřeby kompenzační pomůcky, jak a kde ji může pacient získat. Tímto celý proces, doporučení kompenzační pomůcky nekončí, protože další nedílnou fází procesu poradenství v oblasti doporučení kompenzačních pomůcek je, že ergoterapeut učí pacienta s pomůckou efektivně a účelně zacházet (Hejzlarová a Pokorná, 2012). Ideální je, když tato edukace může probíhat v přirozeném prostředí pacienta.

Cest, které vedou k získání potřebných kompenzačních pomůcek, je několik. Jednou z nich je hrazení kompenzační pomůcky ze zdravotního pojištění. Kompenzační pomůcku získá pacient dle platné legislativy na základě preskripce lékařem. Tato kompenzační pomůcka může být hrazena plně, částečně nebo není hrazena vůbec (Hejzlarová a Pokorná, 2012). Zdravotnické (kompenzační) pomůcky jsou vypsány v číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která stanovuje pravidla pro úhradovou regulaci zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz a hrazené z veřejného zdravotního pojištění (VZP, 2019b). Dále mohou být kompenzační pomůcky hrazené krajskými pobočkami Úřadem práce České republiky, kdy pacient žádá sám za sebe. Pokud se tak rozhodne, je třeba vyplnit žádost o příspěvek na zvláštní pomůcku, která musí být potvrzena ošetřujícím lékařem a odeslána na příslušný Úřad práce (Bulantová, 2018; Švestková a Svěcená, 2013). Kompenzační pomůcka může být také získána jako dar od různých nadací a sponzorů. V neposlední řadě mohou být kompenzační pomůcky hrazené samotným pacientem/klientem.

Ergoterapeut doporučuje vhodné kompenzační pomůcky a při výběru zohledňuje osobní preference pacienta. Výběr kompenzačních pomůcek probíhá v oblastech lokomoce (vozíky, chodítka, berle, hole). Dále v oblasti sebeobsluhy, kam patří například kompenzační pomůcky pro stravování, pro přípravu jídla, pro hygienu, pomůcky do koupelny, na WC, pro oblékání, pro domácnost, bandáže atd. V této fázi procesu poradenství často komunikuje ergoterapeut i s rodinnými příslušníky pacienta. (Jelínková a spol., 2009) Není neobvyklé, že ergoterapeut v rámci poradenství výběru

vhodné kompenzační pomůcky spolupracuje s ostatními odborníky interprofesního týmu (dle situace například s protetikem, fyzioterapeutem, ošetřovatelem pacienta, psychologem atd.). Ergoterapeut musí brát v potaz aktuální kognitivní funkce pacienta, jelikož i to bude hrát roli ve správném a bezpečném používání kompenzační pomůcky (Švestková a Svěcená, 2013).

### **1.4.3. Hodnocení domácího prostředí**

Hodnocení domácího prostředí, (potažmo i pracovního prostředí) a následné navrhování jeho úprav je nepostradatelnou součástí ergoterapeutické intervence. Ergoterapeut tak vytváří bezpečné a bezbariérové prostředí pro osoby s disabilitou (ČAE, 2008). Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. se ergoterapeut při hodnocení domácího prostředí a domácích návštěvách zaměřuje zejména na řešení přístupnosti a bezpečnosti prostředí, pomáhá odstraňovat bariéry a navrhuje facilitující prostředky. Mezi facilitující prostředky jsou řazeny kompenzační pomůcky a úpravy prostředí.

Krivošíková (2011) popisuje, že z výsledků šetření domácího prostředí sestavuje ergoterapeut doporučení pro úpravy domácího prostředí či výběr vhodných kompenzačních pomůcek. Tato doporučení vedou k facilitujícímu procesu a umožňují zvýšení výkonu pacienta při činnostech. V upraveném prostředí se tak zvyšuje soběstačnost pacienta. Švestková (2011) uvádí, že pokud jedinci odstraníme bariéry prostředí, zvýšíme tak jeho funkční schopnosti. K odstranění bariér jedince může ergoterapeut využít přizpůsobení prostředí například: vhodnou kompenzační pomůckou či úpravou prostředí.

Dle Jelínkové a kol. (2009) tak ergoterapeut eliminuje možnosti rizika pádu a následných potencionálních úrazů, kterým může tímto šetřením zamezit. Jedná se tedy o typ prevence a podpory zdraví jedince. Dalším z mnoha cílů domácího šetření je, aby si pacient udržel co nejvyšší možný stupeň nezávislosti v domácím prostředí. Tím že umožníme pacientovi žít dále v jeho přirozeném prostředí, snížíme tak riziko předčasného umístění do institucionálního zařízení.

#### 1.4.4. Supervize

Svobodová (2015) ve své publikaci charakterizuje supervizi jako profesní poradenství se záměrem poskytnutí zpětné vazby. Tato zpracovaná zkušenost neboli zpětná vazba by se následně měla promítnout v životním postoji a názorech, které v rámci pracovního nasazení zastáváme. Tím dochází k pozitivnímu ovlivnění osobního managementu a celoživotního vzdělávání. Proto je supervize v pomáhajících profesích nepostradatelná.

Supervize je úzce spojena s profesním růstem a je stále více žádána. Český institut pro supervizi charakterizuje supervizi jako bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. A neguje názor, že by se mělo jednat o stav vyšší kontroly. (Český institut pro supervizi, 2006) Supervizor se snaží o přesun znalostí a dovedností do nových situací v určité pracovní oblasti supervizovaného (Svobodová, 2015). Supervize je také často spojována s prevencí proti vzniku syndromu vyhoření, který je charakterizován naprostou ztrátou profesionálního zájmu či nadšení. Často se vyskytuje u pracovníků v pomáhajících profesích s dlouhodobě nekompenzovanou zátěží – fyzickou, psychickou nebo dokonce sociální (Matoušek, 2008).

Svobodová (2015) ve své práci modifikovala známou Maslowovu pyramidu hierarchie potřeb a implementovala ji do oblasti motivace a odměňování pracovníka. Mezi základní hodnoty hierarchie potřeb (pro motivaci pracovníka) uvádí peníze a prémie. Mezi sociální potřeby zařazuje benefity a vzdělání. V poslední řadě na vrcholek pyramidy autorka zařazuje vyšší potřeby, kam spadá kariérní růst. (Svobodová, 2015) Tato pyramida by mohla být vodítko k profesní spokojenosti zaměstnanců, popřípadě k možnému oddálení syndromu vyhoření. Matoušek (2008) mezi základní atributy prevence syndromu vyhoření uvádí: kvalitní přípravu na profesi, jasnou definici a poslání organizace, přesné určení profesní role, náplně práce a metod, vzdělávání pracovníků, spolupráci, supervizi aj.

## **2. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1. Cíl práce**

Cílem praktické části této práce bylo zjistit, jak ergoterapeuti vnímají aktuální stav své profese. Tento aspekt je následně v diskusi práce porovnáván. Výstupem diplomové práce je vykreslení reálného profilu profese ergoterapeuta v České republice dle informací získaných od respondentů.

Pro zhodnocení současné situace bylo využito poznatků uvedených v teoretické části práce a informací získaných z dotazníkového šetření.

### **2.2. Hypotézy**

**H1** Více jak polovina dotazovaných ergoterapeutů bude pracovat ve zdravotnickém zařízení.

**H2** Více jak dvě třetiny odpovědí budou od respondentů, kteří jsou členy České asociace ergoterapeutů.

**H3** V 80 % budou respondenti chodit pravidelně, minimálně jednou ročně na (jakékoliv) vzdělávací akce.

**H4** Pokud pracoviště respondenta bude provádět hodnocení dle MFK bude se respondent ve všech případech podílet na tomto hodnocení.

**H5** V 80 % bude dotázaný ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu na pracovišti (pokud na pracovišti takový tým funguje).

## **2.3. Metodologie**

### **Typ výzkumu a metody tvorby dat**

Výzkum byl smíšený, kvalitativně-quantitativní (Hendl, 2008).

Výzkumné plány kategorizují různí autoři rozdílnými způsoby. Výzkum této práce lze tedy také popsat jako výběrové šetření, zjišťování (anglicky survey), popisný výzkum nebo observační studie. Jednalo se o sběr dat ve standardizované podobě od relativně velké skupiny jedinců a zároveň se probíhal výběr jedinců z nějaké známé populace. (Hendl, 2015)

Vzhledem k záměru získat data od co největšího počtu pracujících ergoterapeutů v rámci celé České republiky a potvrdit či falzifikovat informace, které jsou známy pouze ze zkušeností ergoterapeutů z praxe, byl pro práci zvolen tento typ sběru dat.

Pro účely sběru dat tedy autorka využila metody dotazníkového šetření, kdy sestavila strukturovaný dotazník (Široký a kol., 2011; Hendl, 2004). Informace o struktuře dotazníku byly doplněny z literární rešerše. Předností dotazníkového šetření je ekonomický způsob získání dat i od rozsáhlého výběru (Hendl a Remr, 2017), právě proto bylo upřednostněno dotazník rozesílat online formou, a to především z důvodu snadnějšího a rychlejšího způsobu administrace. Vyplnění dotazníku přes telefon s pomocí autorky bylo nabídnuto pouze v deseti případech, ale uskutečnilo se pouze ve dvou případech.

### **Metody analýzy dat**

Data byla z původního formuláře aplikace Google převedena do souboru formátu CSV. Popisná statistika i vizualizace dat byly vytvořeny v programu MS Excel (Walker, 2013).

Textové odpovědi na otevřené otázky byly analyzovány pomocí kategorizace a kódování (Hendl, 2015).

V některých případech, kdy slovní odpověď z možnosti „jiné“ jednoznačně odpovídala některé stávající kategorii, tak do ní byla autorkou práce dodatečně přesunuta (Hendl, 2008).

## **Výzkumný soubor**

Ideální situace by nastala tehdy, pokud by bylo možné oslovit celou populaci českých ergoterapeutů pracujících v praxi. Bohužel tato situace je téměř nereálná, protože neexistuje žádná celistvá databáze pracujících ergoterapeutů napříč Českou republikou, která by byla volně přístupná a poskytla informace, byť jen na kontaktní údaje na ergoterapeuty. Nebylo tedy možné a ani reálné plošně kontaktovat všechny ergoterapeuty pracující v České republice.

## **Výběr vzorku**

Pro výzkum byla zvolena kombinace dvou způsobů výběru vzorku z populace a to, výběr na základě dobrovolnosti a výběr na základě dostupnosti. Při výběru na základě dobrovolnosti se jedná o zajištění odpovědí na otázky od respondentů, kdy se oni sami rozhodují, zda budou aktivně odpovídat či nikoliv (Hendl, 2015). To bylo splněno, jelikož vyplnění a odeslání anonymního dotazníku bylo zcela dobrovolné a plně na aktivitě a motivaci daného respondenta. Druhým způsobem výběru vzorku z populace byl zvolen výběr na základě dostupnosti, tento způsob výběru získává odpovědi na základě okamžité dostupnosti a výhodnosti, jelikož jedinci z populace jsou osloveni například na jednom společném místě, kde se scházejí (Hendl, 2015).

K získání nových respondentů potřebné cílové skupiny byla využita metoda „sněhová koule“ (Disman, 2000).

## **Zařazovací kritéria pro výběr**

Výzkumný soubor tvoří:

Ergoterapeut/ka pracující v praxi v rámci celé České republiky,  
ergoterapeut/ka pracující na jakýkoliv pracovní úvazek (vč. rodičovské dovolené, mateřské dovolené, DPP, OSVČ),  
ergoterapeut/ka, který/á má vystudovaný obor ergoterapie (dle §7 zákona č. 96/2004Sb.),  
ergoterapeut/ka s dobrovolnou účastí na vyplnění a odeslání dotazníku (schopnost dotazník kompletně vyplnit dle instrukcí).

Pro zařazení dotazníku do výzkumu musela být splněna všechna tato kritéria.



## **Praktický průběh realizace výzkumu**

Výzkum probíhal od března do listopadu 2019. Po zvážení veškerých možností byl vybranou metodou sběru dat online dotazník. (Hendl, 2015). Především pro jeho výhody okamžité dostupnosti a rychlému šíření mezi respondenty. Dotazník obsahoval 32 otázek (viz Přílohu č. 1).

### **Představení dotazníku**

Dotazník byl vytvořen v aplikaci Google Formulář. Dotazník byl rozdělen po každé otázce do několika sekcí. Respondent tedy musel po zodpovězení každé otázky potvrdit pole „další“, aby přešel k následující otázce. Dotazník tak mohl působit dlouze. Každý respondent viděl na začátku dotazníku 36 otázek, což mohlo respondenty hned na počátku odradit.

Bylo sestaveno 32 otázek, které se ve třech případech „větvily“. Dotazník byl složen z osmi otevřených otázek, deseti polouzavřených otázek, kde byly předem stanoveny varianty odpovědi a jako poslední byla nabídnuta varianta „jiná“, proto v mnoha případech mohl respondent zaškrtnout více variant najednou a posledním typem byly uzavřené otázky, které se objevily v sedmnácti případech. Odpovědi byly vyhodnoceny s použitím statistického softwaru MS-Excel.

### **Oslovený vzorek respondentů**

Respondenty – ergoterapeuty bylo vráceno 327 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků nelze stanovit, protože není znám přesný počet oslovených respondentů (dotazník byl šířen několika cestami).

Než autorka práce uskutečnila reálné rozeslání online dotazníků mezi respondenty, provedla předvýzkum na malém vzorku zkoumaných osob. Nejprve zkompletovaný dotazník poslala dvěma kolegyním. V první fázi předvýzkumu bylo zkoumáno, zda dotazník vyhovuje po technické a formální stránce. Po opravách a úpravách sestaveného online dotazníku byl znovu v druhé fázi zkušebně rozeslán a vyplněn třemi ergoterapeuty z praxe, kteří pracují na odlišných pracovištích. Tito ergoterapeuti byli vybráni z různých oblastí praxe, aby dali autorce dotazníku zpětnou vazbu na sestavení otázek, jejich formulaci, pochopení jednotlivých sekcí atd.

V obou fázích předvýzkumu došlo k malým úpravám dotazníku. Všechny vyplněné dotazníky, které respondenti v průběhu předvýzkumu vyplnili, byly před

oficiálním datem uskutečnění rozeslání dotazníku smazány, tyto dotazníky nebyly zahrnuty do vlastního zpracování. Tito respondenti měli možnost dotazník vyplnit znovu.

Dotazník byl šířen ve třech časových vlnách. V průvodním dopise byl respondent informován o opakovaném rozesílání, proto by nemělo docházet k situaci, že bude dotazník vyplněn jedním respondentem vícekrát. Kanál šíření dotazníků byl zvolen především skrze online cestu (e-maily, messenger, facebookové skupiny, WhatsApp...). První vlna šíření dotazníku proběhla 20. 5. 2019, přes soukromou databázi (autorka kontakty shromažďovala během praxí při studiu, od spolužaček, od bývalých spolužaček z bakalářského studia, na webových stránkách jednotlivých zařízení atd.). Ve spolupráci s Českou asociací ergoterapeutů byl dotazník rozeslán členům ČAE cca na 230 e-mailových adres a sdílen na webových stránkách ČAE. Dále byl dotazník rozeslán na facebookové skupiny: Ergoterapeuti z ČR (884 členů), Ergoterapie 1. LF (180 členů), Ergoteam 1. LF (81 členů), Uzavřená skupina ergoterapeutů – studentů ročník 2011/2012 (24 členů). Znovu autorka rozesílala dotazníky s prosbou o vyplnění 29. 6. 2019 a 18. 6. 2019 autorka urgovala o vyplnění dotazníků naposledy.

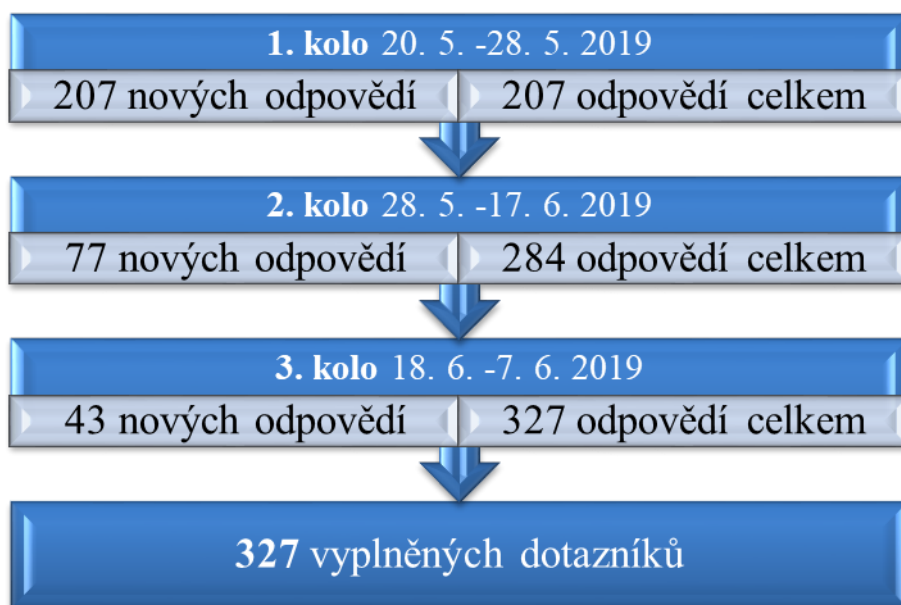
Se snahou o navýšení počtu respondentů (během třetí vlny) byl dotazník odeslán na 40 nových e-mailových adres do zařízení, kde ergoterapie probíhá, ale nebylo možné sehnat na ergoterapeuty přímý kontakt, proto byl osloven jejich nadřízený. Dále bylo 10 respondentů osloveno telefonicky, ale pouze ve dvou případech probíhalo vyplňování dotazníku přes telefon, protože v osmi případech oslovení již dotazník vyplnili. Kontaktování respondentů přes telefon, se autorce neosvědčilo, proto v tom dále nepokračovala.

### Informační kanál šíření dotazníku

Respondenti uvedli jako nejčastější informační kanál šíření dotazníků přes sociální síť (168), druhým způsobem byla zvolena odpověď přes e-mail (109). Prostřednictvím České asociace ergoterapeutů bylo osloveno 87 respondentů, od vedoucího pracovníka (sedm), telefonickým kontaktem od autorky (dva). Respondenti měli možnost zaškrtnout z předdefinovaných kategorií více odpovědí.

### Celkový počet dotazníků

Celkově bylo k 6. 7. 2019 vyplněno 327 dotazníků. Z celkového počtu bylo 12 dotazníků vyřazeno, jelikož nesplnily stanovená kritéria výběru vzorku (nedostudovaný obor – studentky bakalářského studia ergoterapie, studentky SŠ-lycea, osoby poskytující dobrovolnickou činnost, brigádnice bez dosaženého ergoterapeutického vzdělání). Z dotazníkového šetření bylo tedy ve finální verzi zpracováno 315 zodpovězených dotazníků od respondentů.



Obrázek 2.4.4. 1 Časový sled šíření dotazníků

## **Etika výzkumu**

Všechna data byla sbírána anonymně, vyplněné dotazníky nebyly spojovány s žádnými konkrétními osobami, všichni respondenti zůstali plně v anonymitě. (Punch, 2015)

O anonymizaci získaných dat byli respondenti informováni v úvodním textu dotazníku. Účast na tomto dotazníkovém výzkumu byla zcela dobrovolná.

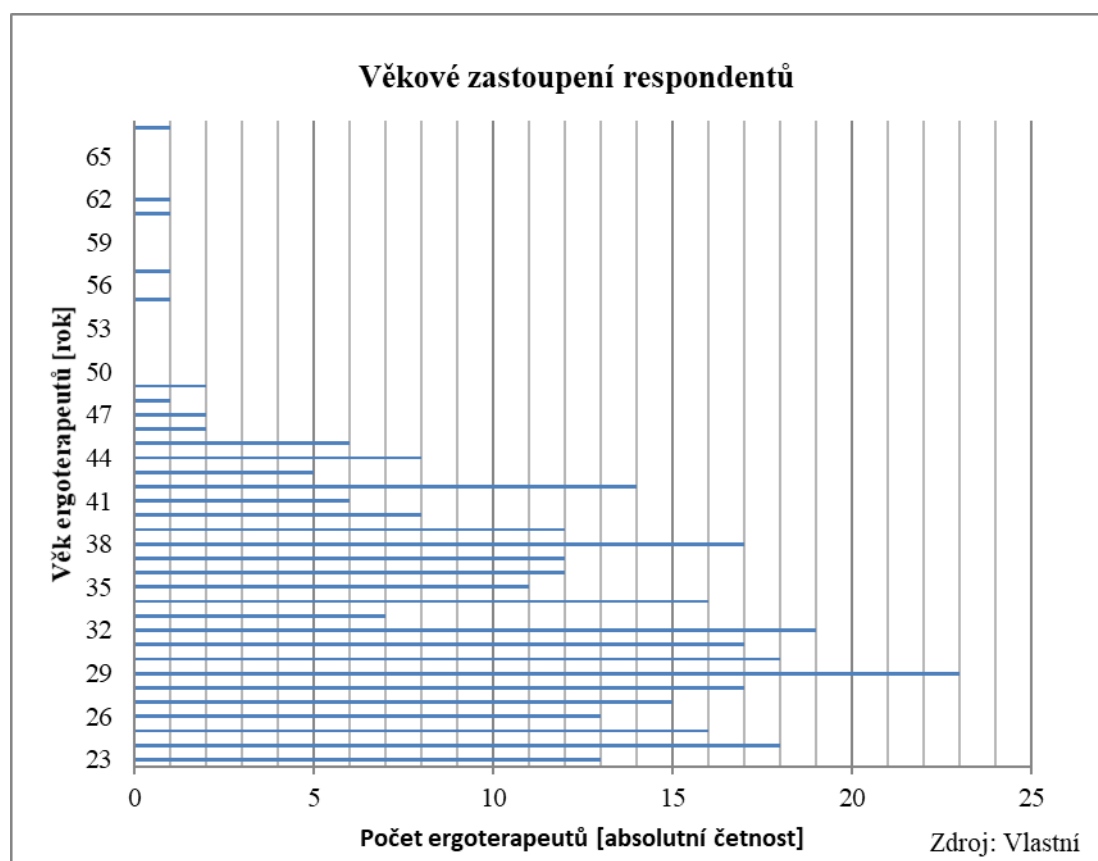
Ve dvou případech respondenti odpovídali skrze telefonický rozhovor. I v tomto případě bylo dbáno na základní etická pravidla a zachování anonymizace všech zúčastněných. O anonymizaci získaných dat byli respondenti informováni ústní formou na počátku rozhovoru. Až po vyslovení informovaného souhlasu byla data od respondentů zjišťována. Autorka práce vyplňovala dotazník online formou za respondenty, po odeslání vyplněného dotazníku již nebylo možné spojit dotazník s konkrétní osobou, respondenti tak zůstali při zpracovávání dat v plné anonymitě.

## 2.4. Výsledky dotazníkového šetření

### Demografické údaje

Z celkového počtu 315 respondentů byly z naprosté většiny oslovených ergoterapeutů ženy. Jednalo se o zastoupení 98,7 % žen (311) a 1,2 % mužů (4).

Z hlediska věkového rozvrstvení respondentů měly nejvyšší zastoupení věkové kategorie 20-30 let (42,22 %) a 31-40 let (41,59 %). Naopak nejméně zastoupená věková kategorie tvořila 51 let a více (1,59 %), což pravděpodobně souvisí s tím, že ergoterapie je poměrně nový obor. Procentuální zastoupení věkových kategorií znázorňuje Tabulka č. 2.5.1 a detailní věkové rozvrstvení ukazuje Graf 2.5.1.

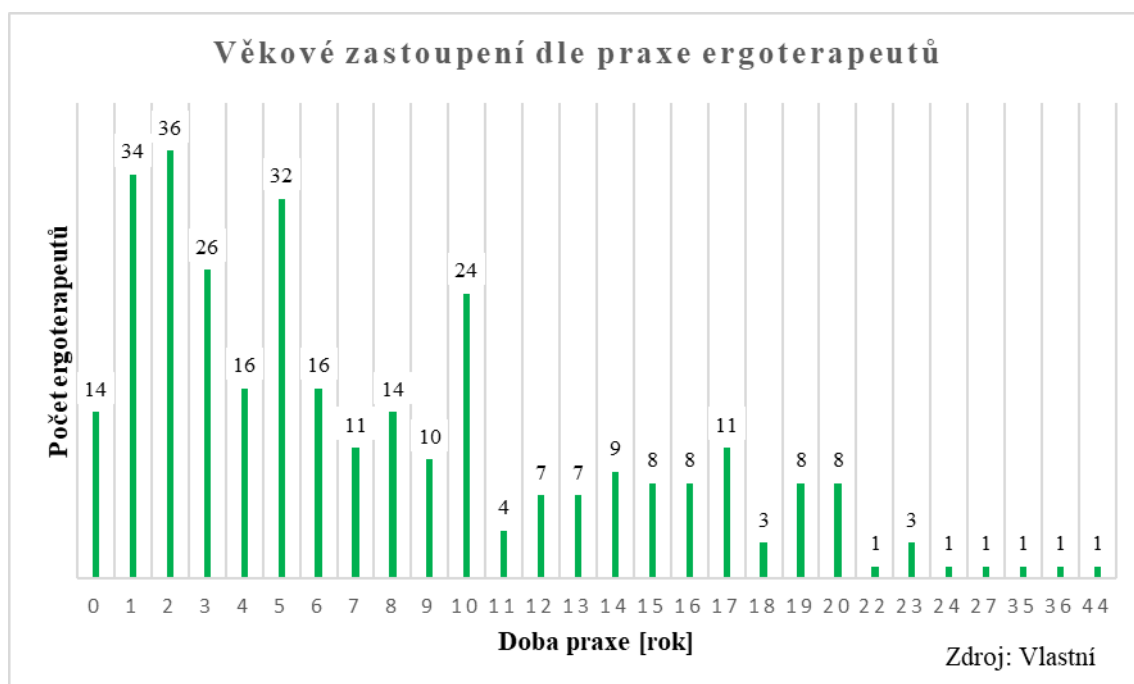


Graf 2.5. 1 Detailní věkové rozvrstvení ergoterapeutů

Tabulka 2.5. 1 Věkové kategorie dle zastoupení respondentů

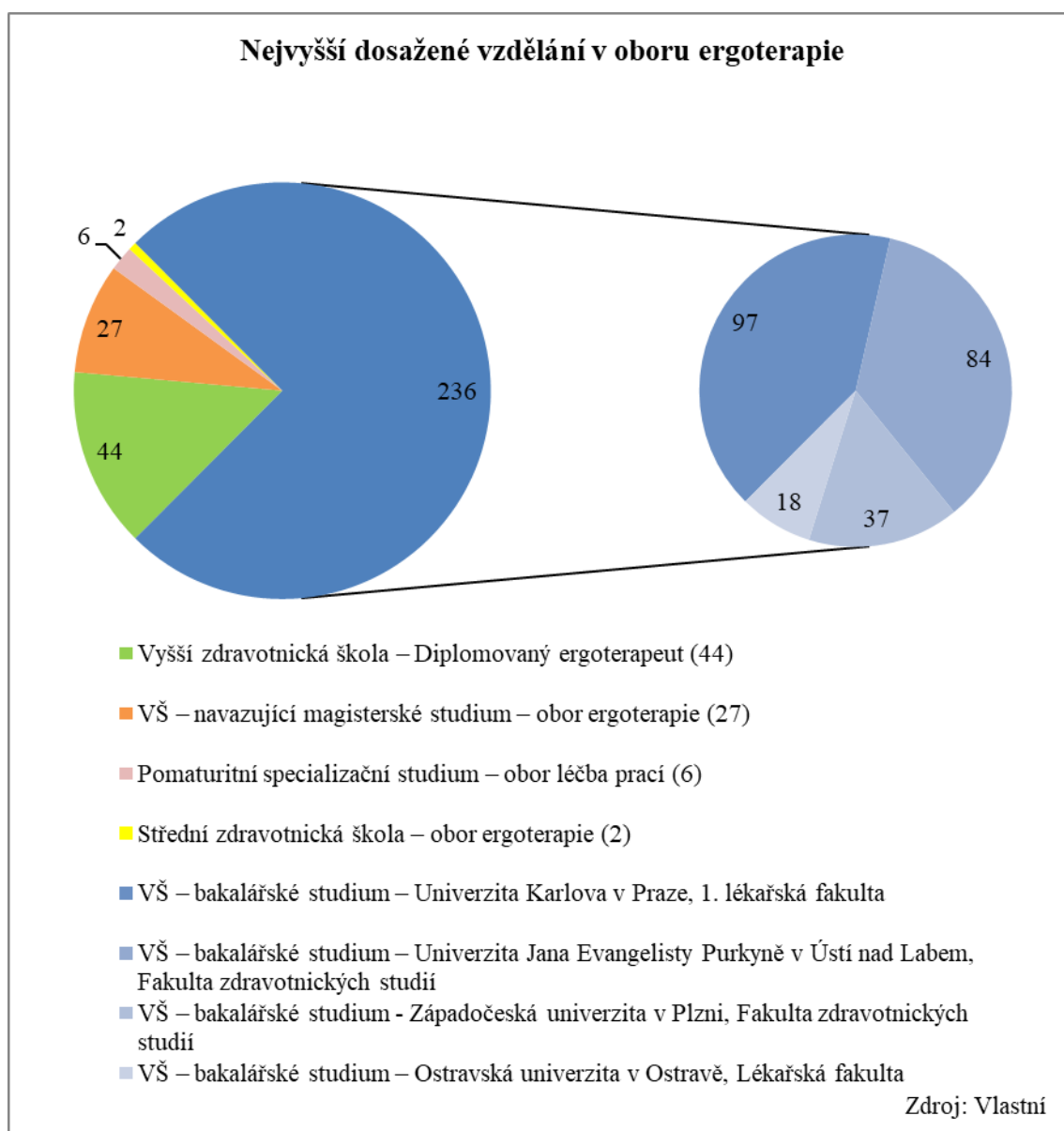
Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-30 let	133	42,22 %
31-40 let	131	41,59 %
41-50 let	45	14,60 %
51 let a více	5	1,59 %

Z pohledu délky praxe v oboru ergoterapie měla nejvyšší zastoupení skupina respondentů od jednoho roku do šesti let praxe. Další silnou kategorií tvořili ergoterapeuti s desetiletou praxí (24). Nejdelší doba praxe, kterou uvedl jeden respondent, činila 44 let. Podrobné rozdělení délky praxe zobrazuje Graf 2.5.2.



Graf 2.5. 2 Věkové zastoupení ergoterapeutů dle praxe

Z celkového počtu 315 zodpovězených dotazníků má ve 236 případech respondent vystudovanou vysokou školu ve formě bakalářského studia. Dva respondenti uvedli jako nejvyšší dosažené vzdělání Střední zdravotnickou školu v oboru ergoterapie. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oboru ergoterapie ukazuje Graf 2.5.3.

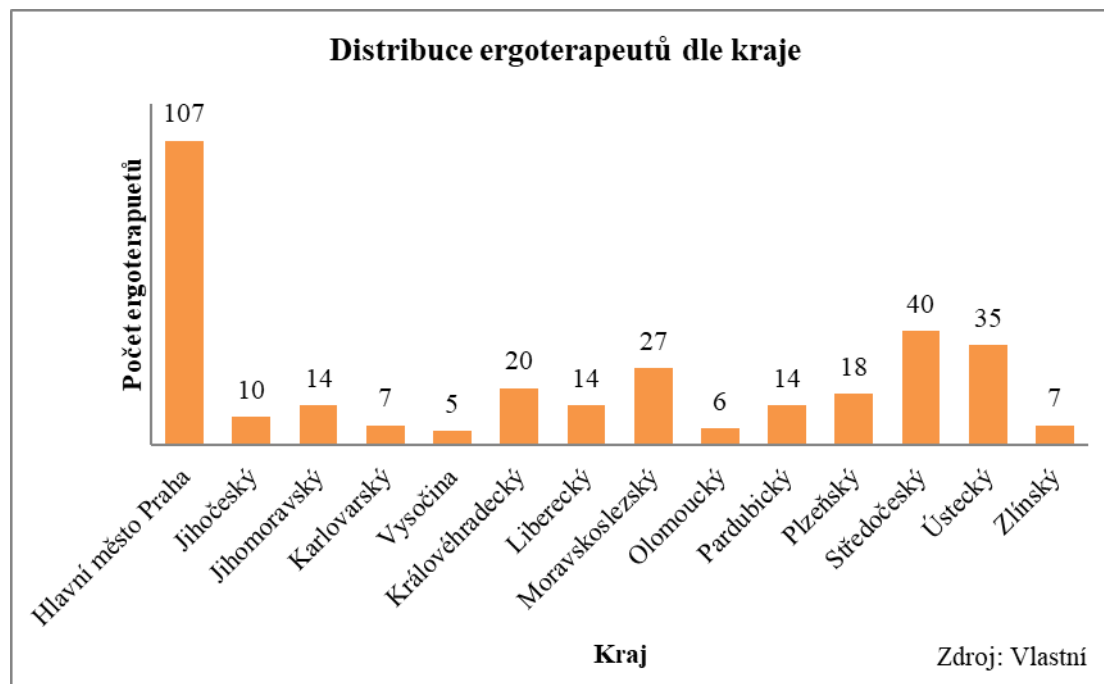


*Graf 2.5. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v oboru ergoterapie*

Mimo obor ergoterapie absolvovalo další vzdělání téměř 22 % respondentů. Čtyřicet devět takových respondentů uvádí magisterské vzdělání. Nejčtenější zastoupení mezi absolventy magisterského studia měly obory Speciální pedagogika, Speciální andragogika a Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických službách. Mnoho respondentů uvedlo nejvyšší dosažený titul mimo obor ergoterapie (bakalářský titul, magisterský titul, inženýrský titul, titul diplomovaný specialista), ale bohužel nedoplňli bližší údaje (fakulta a obor). Dva respondenti uvedli titul PhDr. (1x PhDr. Speciální pedagogika, Univerzita Palackého v Olomouci a 1x PhDr. na Univerzitě Karlově, rigorózní zkouška – blíže nespecifikováno).

## Místo práce ergoterapeuta

Z celkového počtu 315 respondentů pracuje největší počet ergoterapeutů v Hlavním městě Praze (107 ergoterapeutů), nejméně respondentů uvedlo, že pracují v Olomouckém kraji (6 ergoterapeutů). Početní zastoupení respondentů v jednotlivých krajích je uvedeno v Grafu 2.5.4.



Graf 2.5. 4 Distribuce ergoterapeutů dle kraje

Pokud respondenti pracují ve více než jednom regionu, měli možnost označit více krajů najednou. Kombinaci krajů označilo osm respondentů. V sedmi případech se jednalo o kombinaci dvou krajů a v jednom případě se jednalo o kombinaci tří krajů (Hlavní město Praha, Vysočina a Středočeský kraj).

## Pracovní úvazek ergoterapeutů

Jako nejčastější pracovní úvazek dominoval plný pracovní úvazek (59 %), ve 22 % případů se jednalo o zkrácený pracovní úvazek a ve zbývajících 19 % odpovědí respondenti uvedli, že jsou na rodičovské nebo mateřské dovolené.

Z hlediska počtu ergoterapeutů, pracujících na jednom pracovišti, tvořily nejpočetnější kategorii skupiny o počtu 2-5 terapeutů na pracovišti, a to v 54 % případů (169). Překvapivé je vysoké zastoupení pracovišť, kde působí pouze jeden ergoterapeut. Tuto možnost vybralo 28 % respondentů (89). Podrobné rozdělení pracovišť podle počtu ergoterapeutů znázorňuje Tabulka 2.5.2.



Tabulka 2.5. 2 Počet ergoterapeutů působících na pracovišti

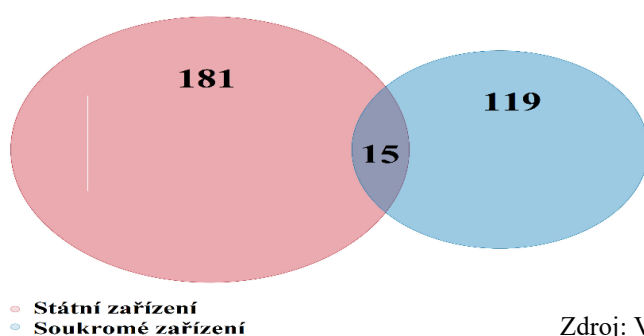
Kategorie	Absolutní četnost
1 ergoterapeut	89
2-5 ergoterapeutů	169
6-10 ergoterapeutů	51
11-15 ergoterapeutů	6

Zdroj: Vlastní

## Typ pracoviště

Nejčastějším typem pracoviště, které respondenti uvedli, bylo zdravotnické (77 %), nižší početní zastoupení bylo ve sféře sociální (18 %), sedm respondentů (2 %) se zařadilo do kategorie školského a pedagogického pracoviště a šest respondentů (2 %) do kategorie vlastní odborné praxe. Nejméně respondentů, tři respondenti uvedli jiné (1 %). Ve dvou případech respondenti typ pracoviště nspecifikovali a jeden respondent uvedl obecně prospěšnou společnost. V této otázce byla možnost volit více odpovědí. Respondenti nejčastěji kombinovali odpovědi zdravotnické a sociální 11x (3 %) a zdravotnické a školské, pedagogické 10x (3 %).

U respondentů převažovalo státní zařízení 181 (57 %) oproti soukromému zařízení 119 (38 %). Tato otázka umožňovala respondentům označit obě odpovědi najednou. Detailní rozdělení znázorňuje Vennův diagram na Obrázku 2.5.1. Obsah ploch odpovídá počtu respondentů (absolutních četností), průnik obrazců značí kombinaci typu zařízení.



Zdroj: Vlastní

Obrázek 2.5. 1 Zařízení ergoterapeutů

## Forma poskytované ergoterapie

Nejvíce respondentů uvedlo, že poskytuje lůžkovou (214) a ambulantní (177) ergoterapii. V této otázce byla možnost vybrat více odpovědí najednou, tuto možnost využilo 170 respondentů. Informace k této odpovědi jsou uvedeny v Tabulce 2.5.4. K variantě odpovědi „jiné“ se přiklonilo devět respondentů. Tito respondenti vypsali odpovědi: domov pro seniory, zpracování dat, supervize v sociálních a zdravotních službách, skupinová aktivizační činnost (2x), trénink kognitivních funkcí (2x), vedoucí pracovník – koordinace pracovníků v přímé práci s uživatelem, léčebná ergoterapie.

*Tabulka 2.5. 3 Forma poskytované terapie*

<b>Forma poskytované terapie</b>	<b>Počet</b>
Lůžková	214
Ambulantní	177
Stacionář	33
Terénní (domácí péče, komunitní)	33
Poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek (výroba, distribuce, prodej)	21
Lázeňská	19
Ergonomie na pracovišti	18
Jiné	9
Poradenství – Pojišťovna	7
Poradenství – Úřad práce	5
Pedagogické zaměření	3

Zdroj: Vlastní

## Cílová skupina pacientů

Dominující věkovou kategorií pacientů, se kterou respondenti nejčastěji pracují, je kategorie dospělých (237) a seniorů ve věku 65 let a více (204). V menším početním zastoupení pracují ergoterapeuti s ostatními věkovými kategoriemi – dospívající (88), pediatrie (65), neonatologie (3). Deset dotazovaných ergoterapeutů uvedlo, že neprovádí přímou práci s pacienty. U této otázky měli respondenti možnost vyplnit více kategorií najednou.

Nejčastější cílovou skupinou pacientů, se kterou ergoterapeuti ve své praxi pracují, jsou pacienti z oblasti neurologie (222). Druhá nejčastější odpověď respondentů byla, že pracují se seniory (153). Třetí nejčastější oblastí byla ortopedie (142). Možnost odpovědi „jiné“ zvolili dva respondenti (jako nejčastější skupinu pacientů z oblasti praxe uvedli: „rehabilitace“ a „klienti Úřadu práce ČR“). Z 315 dotazovaných ergoterapeutů žádný respondent neuvedl, že by pracoval s pacienty z oblasti vězeňství. Respondenti měli možnost uvést více kategorií najednou. Podrobné rozdělení znázorňuje Tabulka 2.5.4.

*Tabulka 2.5. 4 Cílová skupina pacientů dotazovaných ergoterapeutů*

Cílová skupina	Počet	Cílová skupina	Počet
Neurologie	222	Pediatrie	46
Senioři	153	Spinální pacienti	46
Ortopedie	142	Psychiatrie	43
Traumatologie	97	Onkologie	24
Chirurgie	86	Paliativní péče	19
Interní onemocnění	62	Neprovádím přímou práci s pacienty	10
Revmatologie	61	Adiktologie	7
Mentální postižení	57	Jiné	2
Akutní stavy	49	Porodnictví	2
Smyslová postižení	49	Vězeňství	0
Duševní poruchy a poruchy chování	47		

Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 315 dotazovaných respondentů 61 ergoterapeutů uvedlo, že pracuje s pacienty v akutní a sub akutní fázi onemocnění (do půlroku od onemocnění, úrazu aj.). Devadesát tři respondentů uvedlo, že pracuje s pacienty v chronické fázi onemocnění. Celkem 142 ergoterapeutů volilo kombinaci odpovědí akutní a chronické fáze onemocnění. Jedenáct respondentů uvedlo, že neprovádí přímou práci s pacienty.

### **Česká asociace ergoterapeutů**

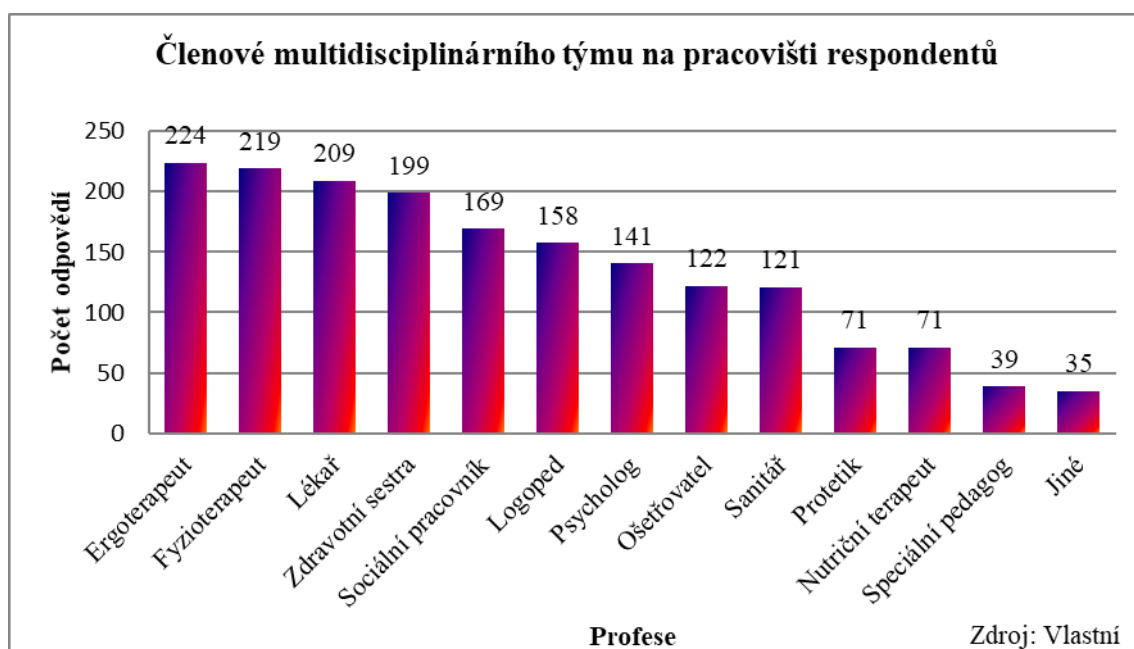
Z celkového počtu všech respondentů nebylo 53 % ergoterapeutů členem České asociace ergoterapeutů.

### **Supervize**

U všech respondentů byla zjišťována dostupnost supervize na pracovišti. Ergoterapeuti, kteří mají na pracovišti možnost supervize, tvoří nadpoloviční většinu (145). Celkem ve 141 případech respondenti odpověděli, že tuto možnost na pracovišti nemají a v 29 případech respondenti o možnosti supervize na pracovišti nemají informace.

### **Multidisciplinární tým**

Další otázka u respondentů zjišťovala, zda na jejich pracovišti funguje multidisciplinární tým. Celkem 64 respondentů (20 %) uvedlo, že multidisciplinární tým na jejich pracovišti nefunguje, naopak ve 251 případech (80 %) ergoterapeuti odpověděli, že na pracovišti mají fungující multidisciplinární tým. Pro tyto respondenty navazovala další otázka, která mapovala, jaké profese se podílejí na fungování multidisciplinárního týmu. Respondenti měli možnost zaškrtnout z předdefinovaných kategorií více odpovědí. Pokud pro ně byly kategorie nedostačující, mohli zvolit kategorii „jiné“ a upřesnit konkrétní profesi, kterou respondent v odpovědích nenašel. Dále byly do kategorie „jiné“ přesunuty kategorie, k nimž se přihlásilo pouze deset a méně respondentů. Výsledky odpovědí respondentů jsou shrnuty v Grafu 2.5.5.

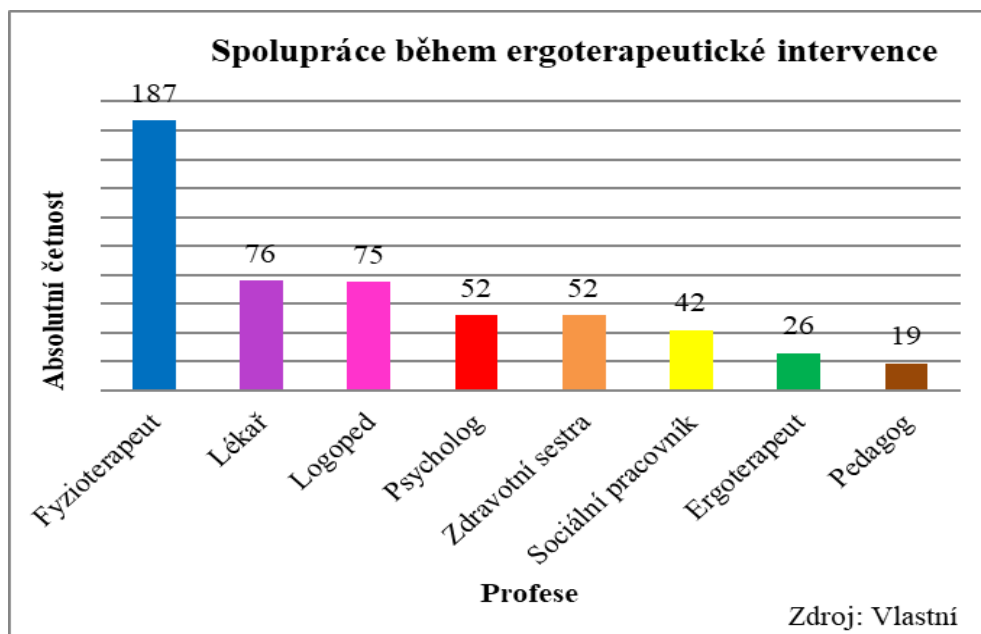


*Graf 2.5. 5 Multidisciplinární tým na pracovišti*

V kategorii „jiné“ se objevovala povolání jako adiktolog (8), biomedicínský inženýr (6), asistent (pracovník přímé péče, osobní asistent, asistent výuky, asistent a koordinátor tréninkových pracovních míst), psychiatr, „kraniosakrální terapeut“, muzikoterapeut, dramaterapeut, arteterapeut, canisterapeut, sportovní terapeut, aktivizační terapeut, pohybový terapeut, „hand terapeut“, zrakový terapeut, kaplan, masér, dobrovolníci (2), metodik přímé péče, vychovatel, supervizor, „kouč“, „peer konzultant“ (2), „projektový manažer“, informační technik (3), metodik kvality, „vedoucí domů“.

### **Spolupráce během ergoterapeutické intervence**

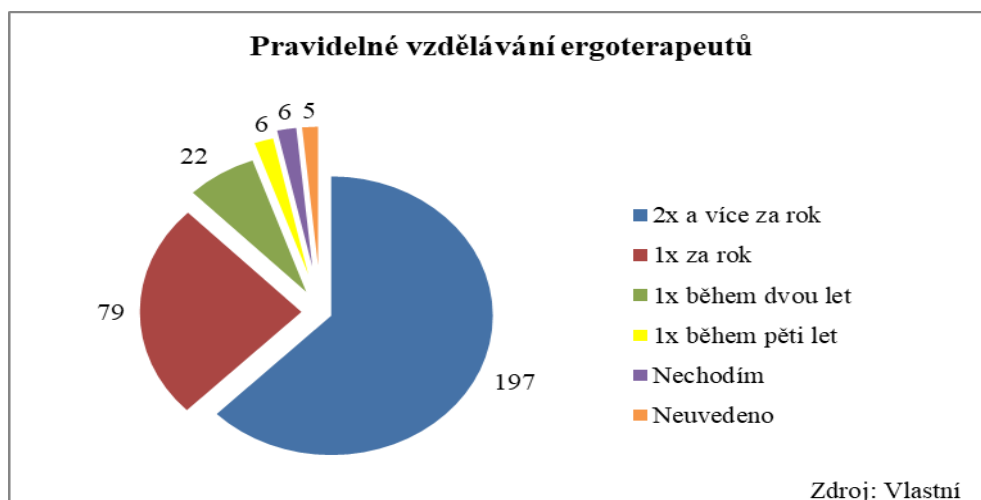
Z celkového počtu 315 dotazovaných ergoterapeutů odpovědělo 50 respondentů, že nespolupracují během ergoterapeutické intervence s nikým z odborníků na pracovišti. Dle respondentů nejpočetnější skupina, která s ergoterapeuty během terapie spolupracuje, jsou fyzioterapeuti-187. Profese, které respondenti uvedli nejméně, jsou: sanitář-17, ošetrovatel-14, protetik-14, nutriční terapeut-8, neuvedeno-8, asistent-5, biomedicínský inženýr-1, „hand terapeut“-1, instruktor-1, „koordinátor“-1, „peer“-1, pohybový terapeut-1, pracovníci spinální jednotky-1, sportovní terapeut-1, vychovatel-1. Znázornění osmi nejpočetnějších skupin ukazuje Graf 2.5.6.



Graf 2.5. 6 Spolupráce během ergoterapeutické intervence

### Pravidelné vzdělávání ergoterapeutů

Další otázka cílila na vzdělávání ergoterapeutů. Z dotazníku bylo zjištěno, že 197 (62 %) ergoterapeutů absolvuje pravidelně vzdělávací akce, a to dvakrát a vícekrát za rok. Pět respondentů využilo odpovědi „jiné“, kde vypsali vlastní odpovědi („nemohu odpovědět s přesným intervalem“, „dle potřeby“, „nepravidelně“ a „nyní na rodičovské méně“) a byli tedy autorkou přesunuty do kategorie „neuvedeno“. V šesti případech (2 %) bylo uvedeno, že na vzdělávací akce (konference, semináře nebo kurz aj.) nechodí. Podrobné rozdělení znázorňuje Graf 2.5.7.



Graf 2.5. 7 Pravidelné vzdělávání ergoterapeutů

## Předávání informací na pracovišti

Většina ergoterapeutů (243) odpověděla, že předávání informací o pacientech probíhá u nich na pracovišti osobním setkáním s daným pracovníkem. Další ergoterapeuti uvedli, že předávání informací o pacientech se uskutečňuje na pravidelných poradách (181) nebo skrze dokumentaci (také 181). Respondenti uvedli i jiné způsoby předávání informací na pracovišti: telefon (3), sociální sítě (1), interní pracovní program (1), „jsem sama“ (1), nepravidelné porady (1). Tyto odpovědi jsou zařazeny v kategorii „jiné“. U této otázky byla možnost zvolení více odpovědí najednou. Ve dvanácti případech respondenti odpověděli, že si informace na pracovišti o pacientech nepředávají.

## Kontakty na jednotlivé složky předávané pacientům

Z výsledků vyplynulo, že nejčastěji předávají ergoterapeuti pacientům/klientům kontakt na firmu s kompenzačními pomůckami (106), na zdravotnické služby (84) a na kvalifikované odborníky (78). Celkem 44 respondentů uvedlo, že pacientům/klientům žádný kontakt v návaznosti na další služby neposkytují. Dvanáct respondentů uvedlo odpovědi, které autorka práce zařadila do kategorie „jiné“ („na rodiče dětí se stejnou diagnózou“, „dle potřeby“, „to nedokážu odpovědět“). Podrobné údaje o předávání kontaktů znázorňuje Tabulka 2.5.5. Výsledky z dotazníkového šetření jsou v tabulce uvedeny v absolutních a relativních četnostech.

*Tabulka 2.5. 5 Kontakty na jednotlivé složky předávané pacientům*

Vytvořené kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kompenzační pomůcky	106	34 %
Zdravotnické služby	84	27 %
Kvalifikovaní odborníci	78	25 %
Sociální služby	58	18 %
Neposkytování kontaktu	44	14 %
Organizace	27	9 %
Soukromý sektor	18	6 %
Jiné	12	4 %
Poradenství	4	1 %
Školské služby	2	0 %

Zdroj: Vlastní

## **Domácí návštěvy, kompenzační pomůcky, poradenství**

K variantě, že ergoterapeut nechodí v rámci terapie na domácí návštěvy, se přiklonila většina respondentů, až ve 267 případech (85 %). Naopak pouze 48 respondentů (25 %) uvedlo, že v rámci ergoterapeutické intervence domácí návštěvu provádí. Respondenti měli možnost zaškrtnout z předdefinovaných kategorií více odpovědí.

U otázky řešení bezbariérovosti domácího prostředí odpovědělo 234 ergoterapeutů, že ji řeší především v rámci poradenství. Pouze 43 ergoterapeutů řeší bezbariérovost domácí návštěvou a úpravou domácího prostředí. Celkem 79 respondentů uvedlo, že otázky ohledně bezbariérovosti domácího prostředí neřeší. Respondenti měli možnost zaškrtnout z předdefinovaných kategorií více odpovědí.

Až ve 242 případech respondent uvedl, že u nich na pracovišti probíhá výběr kompenzačních pomůcek formou poradenství a doporučení. V celých 180 případech si pacienti mají možnost vyzkoušet pomůcku přímo na pracovišti. Celkem ve 47 odpovědích respondent uvedl, že pomůcku zkouší s pacienty v reálném prostředí. Respondenti měli možnost zaškrtnout z předdefinovaných kategorií více odpovědí.

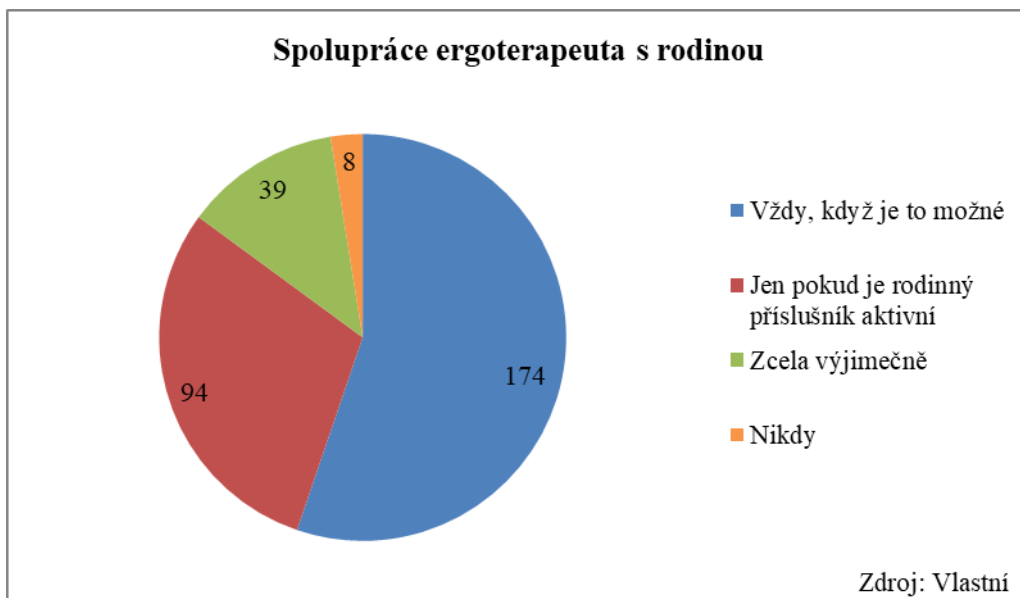
## **Zájmy pacienta**

Další otázka zjišťovala, zda je pro respondenty důležité znát zájmy pacienta. V 82 % respondenti odpověděli, že je pro terapii důležité znát zájmy pacienta, a to téměř vždy. Pouze 14 % ergoterapeutů zjišťuje zájmy pacienta ve velmi ojedinělých situacích. Zbylá 4 % ergoterapeutů uvedla, že zájmy pacienta znát ke své práci nepotřebují.



## Rodina pacienta

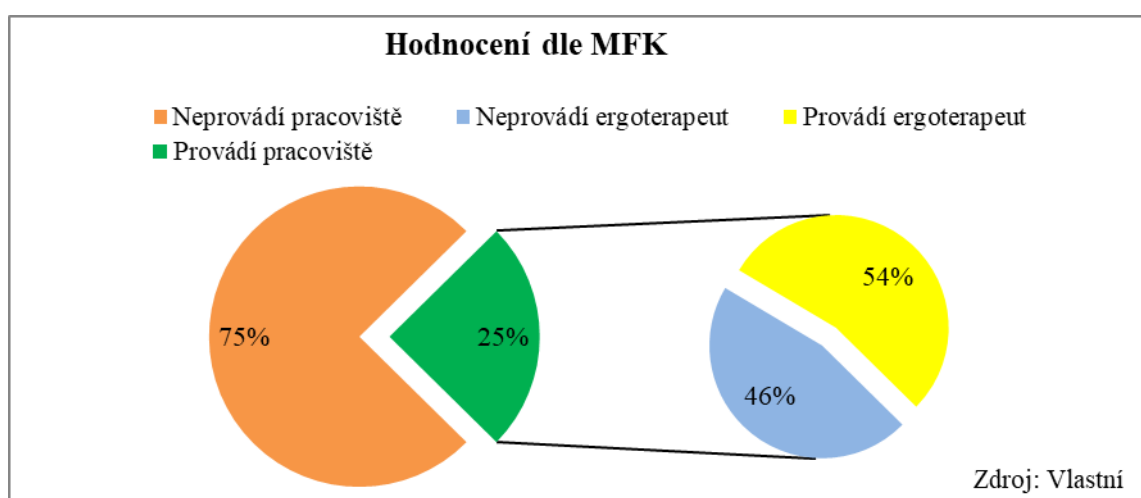
Další otázka cílila na spolupráci terapeuta a rodiny pacienta. Nadpoloviční většina ergoterapeutů (174) uvedla, že vždy, pokud je to možné, se snaží s rodinou pacienta spolupracovat. Naopak minimální počet respondentů (8) uvedl, že s rodinou pacienta nikdy nespolupracují. Odpovědi respondentů jsou znázorněny v Grafu 2.5.8.



*Graf 2.5. 8 Spolupráce ergoterapeuta s rodinou*

## Používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK)

Respondenti byli dotazováni, zda jejich pracoviště používá Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MFK). Tři čtvrtiny ergoterapeutů (237) uvedly, že tuto klasifikaci jejich pracoviště nevyužívá. Zbývající čtvrtina ergoterapeutů potvrdila využívání této klasifikace na pracovišti. Těchto 78 respondentů dále dotazník odklonil k otázce, zda se podílejí na hodnocení dle MFK. Dle odpovědí respondentů se ve 42 případech ergoterapeut podílí na hodnocení dle MFK. Konkrétní procentuální zastoupení hodnocení znázorňuje Graf 2.5.9.



Graf 2.5. 9 Hodnocení dle MFK

## Ergoterapeutické výkony

Mezi kódy, které mají pracoviště s pojišťovnami nasmlouvány nejčastěji, patří kódy 21621(170), 21625(156) a 21611(153). V nejnižším počtu byly uváděny kódy 21609(61), 21610(62) a 21629(64). Jen ve 24 případech respondent uvedl, že pracoviště má s pojišťovnami nasmlouvaných všech 13 ergoterapeutických výkonů. Osm respondentů uvedlo, že jejich pracoviště má s pojišťovnami nasmlouvan pouze jeden ergoterapeutický výkon, konkrétně kód 21621(7x), nebo 21632(1x). Téměř třetina ergoterapeutů (94) uvedla, že na pracovišti nemají s pojišťovnami nasmlouvané žádné ergoterapeutické výkony. Čtyřicet šest respondentů využilo odpovědi „nevím“. Detailní znázornění nasmlouvaných ergoterapeutických výkonů s pojišťovnami na pracovištích respondentů přibližuje Tabulka 2.5.6.

*Tabulka 2.5. 6 Nasmlouvané kódy na pojišťovny, které může ergoterapeut na pracovišti vykazovat*

Kód	Výkon	Počet
<b>21609</b>	Specializované ergoterapeutické vyšetření při zahájení ergoterapie	61
<b>21610</b>	Specializované kontrolní ergoterapeutické vyšetření	62
<b>21611</b>	Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie	153
<b>21612</b>	Klasifikování ergoterapeutem podle mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví	36
<b>21613</b>	Vyšetření ergoterapeutem kontrolní	146
<b>21614</b>	Ergoterapeutické vyšetření pro navržení vhodných technologií a produktů	52
<b>21621</b>	Individuální ergoterapie základní	170
<b>21622</b>	Ergoterapeutické metody na neurofyzilogickém podkladě	78
<b>21623</b>	Individuální ergoterapie s využitím dílen	71
<b>21625</b>	Nácvik všedních denních činností – adl	156
<b>21627</b>	Ergoterapie skupinová základní	120
<b>21629</b>	Ergoterapie skupinová s využitím dílen	64
<b>21631</b>	Cílená ergoterapie ruky	94
<b>00000</b>	Žádné	94
<b>?</b>	Nevím	49

Zdroj: Vlastní

## Testy

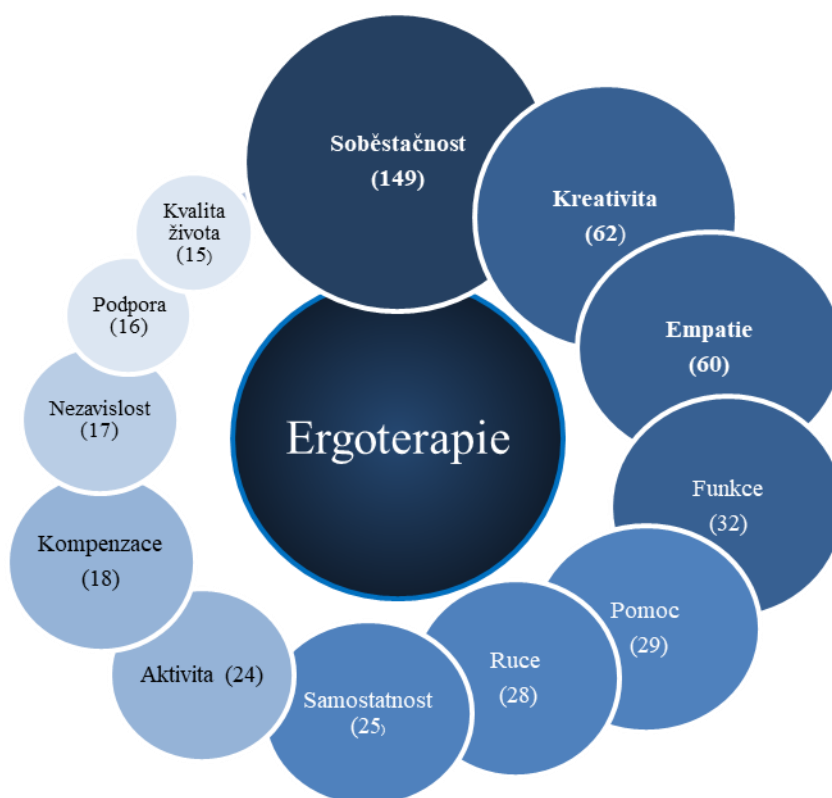
Zjišťování používaných testů v praxi bylo provedeno pomocí otevřené otázky. Protože z odpovědí nebylo možné určit, zda se jedná o standardizované testy, bylo tedy stanoveno kritérium rozdělení používaných testů v praxi do kategorií podle oblasti zaměření a jejich využití. Pro vyhodnocení výsledků bylo vytvořeno sedm kategorií, do kterých byly odpovědi respondentů zařazeny. Nejpočetnější kategorií tvořila skupina testů zaměřených na zaměstnávání (soběstačnost, práce, volný čas, zájmy atd.). Testy v této kategorii jsou v praxi používány 234 respondenty. Druhou nejpočetnější kategorií (97) tvořily testy pro hodnocení kognitivních funkcí. Testy a hodnocení zaměřené přímo na horní končetiny využívá v praxi 40 respondentů. Vlastní ergoterapeutické vyšetření pracoviště (tj. vytvořené pouze pro interní použití) používá v ergoterapeutické praxi 18 respondentů (do této kategorie byly zařazeny čtyři odpovědi respondentů, kteří uvedli, že používají pouze nestandardizované hodnocení). Do kategorie, kde se hodnocení zaměřovalo na děti, byly zařazeny odpovědi 8 respondentů.

Poslední dvě kategorie zahrnují respondenty, kteří v praxi žádné vyšetření neprovádí (28) a osm respondentů neuvedlo žádné informace ohledně testování. U této otázky byla možnost označit více kategorií najednou.

## Charakteristika oboru

Poslední otázka zjišťovala, co u ergoterapeutů evokuje slovo „ERGOTERAPIE“. Tato otázka byla zvolena záměrně na konci dotazníku z důvodu odlehčení. Touto otázkou bylo zjištěno, jak samotní respondenti na obor nahlíží na základě svých vlastních zkušeností. Nejčastěji si asociovali ergoterapii se slovem „soběstačnost“ (149). Obrázek 2.5.2. ukazuje dvanáct nejčastějších výrazů, které si respondenti s oborem ergoterapie spojili.

U jedenácti respondentů (3 %) obor ergoterapie evokoval negativní nebo neutrální asociace – podhodnocenost (3x), nedoceněný obor (2x), opomíjený obor, „chaos“, „frustrace“, „v ČR bez respektu jiných zdrav. profesí“, „lepší být fyzioterapeutem“, „nevím“.



Zdroj: Vlastní

Obrázek 2.5. 2 Asociace respondentů ke slovu ergoterapie

## **2.5. Shrnutí výsledků ve vztahu k hypotézám**

Z představených výsledků lze shrnout závěry ve vztahu k pracovním hypotézám.

**H1 Více jak polovina dotazovaných ergoterapeutů bude pracovat ve zdravotnickém zařízení.**

Z celkem 315 respondentů pracuje ve zdravotnickém zařízení 217 ergoterapeutů, což představuje 77 % vzorku. Na základě výsledků z dotazníkového šetření se zdá být pravděpodobné, že hypotéza 1 byla potvrzena.

**H2 Více jak dvě třetiny odpovědí budou od respondentů, kteří jsou členy České asociace ergoterapeutů.**

Respondenti, kteří nebyli členy České asociace ergoterapeutů, převládali v 53 % případů. Nečlenové tedy tvořili nadpoloviční většinu respondentů, konkrétně se v našem souboru jedná o 167 respondentů. Na základě výsledků z dotazníkového šetření se zdá být pravděpodobné, že hypotéza 2 byla zamítnuta.

**H3 V 80 % budou respondenti chodit pravidelně, minimálně jednou ročně na (jakékoliv) vzdělávací akce.**

Respondentů, kteří chodí pravidelně na vzdělávací akce, je 88 %. Na základě výsledků z dotazníkového šetření se zdá být pravděpodobné, že hypotéza 3 byla potvrzena.

**H4 Pokud pracoviště respondenta bude provádět hodnocení dle MFK, bude se ve všech případech respondent podílet na tomto hodnocení.**

Pouze 54 % respondentů, kteří pracují na pracovišti, kde se hodnocení dle MFK provádí, má možnost se na tomto hodnocení podílet. Na základě výsledků z dotazníkového šetření se zdá být pravděpodobné, že hypotéza 4 byla zamítnuta.

**H5 V 80 % bude dotázaný ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu na pracovišti (pokud na pracovišti takový tým funguje).**

Z celkového počtu 315 respondentů, 64 ergoterapeutů odpovědělo, že u nich na pracovišti multidisciplinární tým nefunguje. Ze zbývajících počtu 251 respondentů (těch, kteří mají na pracovišti fungující multidisciplinární tým), až 224 respondentů potvrdilo, že jsou součástí tohoto týmu na pracovišti. Což tvoří 89 % souboru. Na

základě výsledků z dotazníkového šetření se zdá být pravděpodobné, že hypotéza 5 byla potvrzena.

### 3. DISKUSE

#### 3.1. Diskuse k metodologii práce

Autorka práce měla v úmyslu zasáhnout celou pracovní oblast ergoterapeutů, proto volila široké spektrum otázek, které byly často poměrně obecné, což byl od počátku záměr. Otázky byly v mnoha případech voleny tak, aby respondent mohl zaškrtnout jednu nebo více odpovědí, popřípadě (pokud respondent s odpovědí úplně nesouhlasil) měl možnost obohatit svou odpověď o vlastní text. Vlastní text respondentů měl odkrýt oblasti, které autorka výzkumu opomenula nebo oblasti, které se týkaly jen malého počtu respondentů. Ale v dotazníkovém šetření se autorka častěji setkala s případy, že vlastní text respondentů koreloval s již vytvořenou kategorií odpovědí. Autorka práce tedy musela v mnoha případech přesouvat odpovědi do již předdefinovaných kategorií. Z tohoto důvodu by autorka při konstrukci dalšího dotazníku pečlivě volila otevřené otázky s možností vlastní odpovědi respondenta. Naopak pokud šlo o rozdělení otázek do jednotlivých sekcí, tuto možnost by autorka rozhodně znovu využila, protože mnoho respondentů se tak vyhnulo zbytečným otázkám, které na ně nebyly směřovány.

Autorka se pokoušela zvýšit návratnost dotazníku všemi možnými cestami. Nejsilnější vlna návratnosti vyplněných dotazníků byla zaznamenána v prvním týdnu po každém rozeslání. Posledních 14 dní před ukončením dotazníkového šetření oslovovala autorka respondenty, se snahou o navýšení návratnosti vyplněných dotazníků, skrze telefonické hovory s prosbou o vyplnění dotazníku (kontakty autorka získala především z webových stránek jednotlivých zařízení – nemocnic, středisek, stacionářů...). Většinou se dozvěděla, že oslovených terapeut dotazník již v minulosti vyplnil. Dotazníkové šetření se tímto způsobem nijak znatelně nenavýšilo o nově vyplněné dotazníky. Tento způsob se autorce neosvědčil, pokládá ho zbytečně vynaložený čas a úsilí, které bylo zcela bezvysledné.

Další možnou cestou k získání nových kontaktů pro šíření dotazníku by bylo možné skrze Českou asociaci ergoterapeutů, která k 20. 5. 2019 spravovala kontakty cca na 230 ergoterapeutů. Autorka práce s touto asociací spolupracovala. Díky aktivnímu přístupu členů České asociace ergoterapeutů, kteří pomáhali s šířením dotazníku mezi své členy, tak mohli být všichni osloveni. Proto překvapujícím zjištěním pro autorku bylo, že při vyhodnocování dotazníkového šetření nadpoloviční většina



respondentů nebyla členem ČAE. Z celkového počtu všech členů ČAE odpovědělo 64 % osob.

Možnost anonymity vyplněného dotazníku shledala autorka práce jako nevýhodu. Protože byl dotazník šířen různými cestami, docházelo k situacím, kdy autorka oslovovala stejné respondenty opakovaně. Často se tak setkávala s negativními reakcemi od respondentů. Naopak pokud by autorka nezachovala anonymitu, asi by odpovědělo mnohem méně respondentů.

Otázka, která zjišťovala informační kanál šíření dotazníku, byla autorkou práce zvolena se záměrem získat údaje, které prozradí, jaká cesta vede k zasáhnutí co největšího počtu respondentů. Tento údaj by se mohl následně využít při dalším zpracovávání podobné práce. V šetření se potvrdilo, že cesta, která významně vedla k navýšení vyplněných dotazníků, byla skrze oslovování respondentů přes sociální síť. Otázkou je, jak vysoká je míra věrohodnosti a reprezentativnosti těchto údajů (Lazarová, 2011).

Další možnou nevýhodou dotazníku bylo mnoho sekcí, které respondent průběžně viděl při vyplňování, což mohlo oslovené respondenty od vyplnění dotazníku odradit. Jen samotné autorce byla tato informace s odstupem času sdělena v 9 případech.

Ve snaze o navýšení počtu respondentů proběhlo vyplnění dotazníku po telefonu, a to ve dvou případech. To znamená, že autorka vyplňovala online dotazník sama dle údajů sdělených od respondenta po telefonu. Toto řešení se autorce neosvědčilo. Vyplněné dotazníky nebyly spojovány s žádnými konkrétními osobami, všichni respondenti zůstali plně v anonymitě. Bylo tedy dbáno na základní etická pravidla.

Ze zkušenosti, kterou autorka nabyla během sbírání kontaktů na ergoterapeuty pro tuto práci je, že „nejmocnější“ a nejefektivnějším nástrojem pro oslovení co největšího počtu respondentů jednoznačně aplikace Facebook.

Dále se autorka práce pokoušela získat informace o pracujících ergoterapeutech od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Záměrem bylo získat základní a podložené informace, které by mohla následně využít ve své práci. V červnu 2019 tedy kontaktovala tento ústav Požadavkem na analýzu dat z Národního zdravotnického informačního systému. Avšak neúspěšně. Nejaktuálnější informace o počtu ergoterapeutů, ke kterému se autorka dostala, byla k 1. 9. 2017 a sdělovala, že v České republice registrováno 1260 ergoterapeutů (Jelínková, 2017).

Návratnost vyplněných dotazníků nelze stanovit, protože není znám přesný údaj z celkového počtu oslovených respondentů. Dotazník byl šířen několika cestami. Nebylo výjimkou, že autorka práce rozesílala dotazník na pracoviště, kde ergoterapeut pracoval, ale nikde nebyly dohledatelné údaje k jeho přímému kontaktování. Mohlo tak docházet k situaci, že se dotazník k respondentovi nedostal. Autorce práce se vrátilo 327 dotazníků od respondentů. Z tohoto počtu bylo 12 dotazníků vyloučeno, protože nesplnily stanovená kritéria výběru vzorku. Ve finální verzi bylo zpracováno 315 dotazníků.

Dostupná literatura, ze které autorka čerpala, byla získána jak z aktuálních zdrojů, tak i ze základních literárních pramenů.

### 3.2. Diskuse výsledků dotazníkového šetření

Švestková (2016) a Klusoňová (2011) ve svých publikacích uvádí, že ergoterapie je v České republice poměrně nový a rozvíjející se obor. Tato informace se v dotazníkovém šetření potvrdila. Šetření odhalilo, že s klesajícím věkem oslovených ergoterapeutů stoupal počet pracujících ergoterapeutů. Nejpočetnější kategorii tvořili respondenti ve věku 20-30 let. S touto skutečností korelovala další informace od respondentů, a to odpověď na délku praxe v oboru. Nejpočetnější kategorii tvořili respondenti s praxí od jednoho roku do šesti let věku. Z dotazníkového šetření vyplývá, že počet ergoterapeutů působících v praxi má stoupající tendenci, a to je pro obor ergoterapie určitě optimistická zpráva.

Další otázka zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ergoterapie. Tato otázka byla pouze informativního rázu. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 263 respondentů má vysokoškolské vzdělání v oboru ergoterapie. Zajímavým zjištěním bylo, že mimo obor ergoterapie absolvovalo navazující vzdělání na vysoké škole až 22 % pracujících ergoterapeutů.

Otázka směřovaná na zjištění regionu, kde respondent vykonává svou práci, sloužila autorce práce pro posouzení, zda se dotazník dostal napříč celou Českou republikou a zda, zjištěná data budou moci být brána v potaz v rámci celé republiky nebo pouze oblastně, aby tak nedocházelo ke zkreslení výsledků. Odpovědi ukázaly, že zastoupení respondentů je větší v krajích, kde existuje bakalářské studium ergoterapie.

Otázka na pracovní úvazek ergoterapeutů potvrdila známý fakt, že naprostou většinu respondentů tvořily ženy v období plné dospělosti a mladého věku (Machová, 2016). Dokonce pětina respondentů je na mateřské (rodičovské) dovolené, tím by se mohl vysvětlovat poměrně vysoký počet ergoterapeutů, kteří mají zkrácený pracovní úvazek.

Respondenti uvedli, že ergoterapeuti pracují ve 181 případech ve státním zařízení a ve 119 případech v soukromém zařízení. Tato otázka byla pouze informativního rázu a bude sloužit k doplnění informací při popisování obrazu profese ergoterapeuta v České republice.

Mnoho autorů shrnuje (Krivošíková, 2011; Klusoňová, 2011; Švestková, 2015), že ergoterapeuti pracují jak ve zdravotnickém, tak v sociálním zařízení. V této otázce respondenti uvedli, že ergoterapeuti pracují v 217 případech ve zdravotnickém zařízení a v 50 případech v sociálním zařízení. Touto otázkou autorka zjišťovala, zda oslovený

počet respondentů nebude pouze od respondentů ze zdravotnického zařízení, což očekávala. Tato skutečnost se nepotvrdila.

Informace objevující se běžně v základní literatuře o tom, že se ergoterapeut pohybuje ve sféře pedagogicko-výchovné (Klusoňová, 2011; Švestková, 2015) se v dotazníkovém šetření potvrdila pouze v sedmi případech.

Na webových stránkách Occupational Therapy Europe (2019) se uvádí, že v České republice pracuje 20 ergoterapeutů ve vlastní odborné praxi. Respondentů, kteří uvedli, že pracují ve vlastní odborné praxi, bylo šest. I tak je to velmi nízké číslo, což značí, že odborná praxe v ergoterapii není v České republice moc rozšířená. V porovnání s ostatními zeměmi je rozdíl počtu pracujících ergoterapeutů v soukromé praxi v České republice markantní (Německo 29 000, Rakousko 1020, Francie 1432, Belgie 600, Španělsko 6.000, Anglie 869).

Otázka, která zjišťovala, formu poskytované ergoterapie se víceméně potvrdila s literaturou (Klusoňová, 2011; Krivošíková, 2011 aj.), která je popsána v teoretické části práce. Zajímavým zjištěním bylo, že pouze 21 respondentů uvedlo, že pracuje v oblasti poradenství ohledně kompenzačních pomůcek, v oblasti ergonomie pracuje 18 respondentů a sedm respondentů pracuje v pojišťovnách. Toto jsou oblasti, které jsou uvedeny v základních literárních pramenech, a které popisují práci ergoterapeuta v České republice. Přesto se v těchto oblastech pohybuje jen malé množství ergoterapeutů.

Klusoňová (2011) se zmiňuje o možnosti práce ergoterapeuta v posudkových komisích či na úradech práce, ale poukazuje na fakt, že pro práci ergoterapeuta na těchto pracovištích nebyly vytvořeny vhodné podmínky. V dotazníkovém šetření pět respondentů odpovědělo, že pracují na úřadu práce.

Další otázka byla směřovaná na cílové skupiny pacientů, se kterými respondenti pracují. V dotazníkovém šetření se odkryly další oblasti, které překvapily. Dle Švestkové (2015) může ergoterapeut pracovat v různých oblastech, včetně vězeňství. Tuto informaci v dotazníkovém šetření nikdo z 315 respondentů nepotvrdil.

Švestková a Svěčená (2013) se zmiňují o práci ergoterapeuta u klientů s adiktologickou problematikou. Článek Svěčené a Rodové (2019) potvrzuje uplatnění ergoterapeuta v adiktologii. Práce ergoterapeuta v adiktologii se potvrdila jen 7 respondenty. Je velmi zajímavé, že odpověděl tak malý počet respondentů, zvláště když se ergoterapie v České republice od počátku pojí s psychiatrickými léčebnami, kde

se tito pacienti/klienti běžně vyskytují. O působení ergoterapeutů v psychiatrických léčebnách se zmiňuje Klusoňová (2011).

Zákon č. 96/2004, který opravňuje ergoterapeuta vykonávat svou práci v oblasti paliativní péče (Česko, 2004). Součinnost ergoterapie v paliativní péči potvrdilo 19 respondentů. Paliativa je i jedna z novějších oblastí, která se do výuky dostává teprve v poslední době.

Zajímavou informací bylo, že pouze dva ergoterapeuti pracují v oblasti porodnictví. O práci ergoterapeuta v porodnictví se v literatuře zmiňuje Klusoňová v roce 2011.

Naopak nejpočetnější cílovou skupinou, se kterou respondenti pracují, tvoří neurologičtí pacienti (222). Na základě dosažených výsledků je vidět, že rozložení ergoterapeuta v praxi je velmi nerovnoměrné.

Dalším závěrem je, že naprostá většina ergoterapeutů pracuje s pacienty v akutní i chronické fázi onemocnění. Pouze malé množství terapeutů nepracuje v přímém kontaktu s pacienty. Tato otázka byla pouze informativního rázu a slouží k doplnění informací při popisování obrazu profese ergoterapeuta v České republice.

V otázce na cílovou skupinu udělala autorka při sestavování dotazníku chybu, protože nedopatřením zařadila mezi ostatní kategorie i kategorii „senioři“. Tato kategorie patří do otázky, která zjišťovala cílovou skupinu respondentů dle věku. V dotazníku se tak tato kategorie objevila dvakrát. Za seniora se dnes běžně považuje od 65 let a více (Štyglerová, 2019; Kalvach a kol., 2008).

Následující otázka, zjišťovala u respondentů cílovou skupinu pacientů dle věku. Protože ergoterapie probíhá u jedinců každého věku (Votava, 2003). Odpovědi respondentů odhalili rozvrstvení skupin pacientů dle věku. V důsledku, že Česká republika měla na počátku roku 2018 2 040 mil. obyvatel (19 % celkového počtu obyvatelstva) ve věku 65 let a více (Štyglerová, 2019) autorka očekávala, že nejpočetnější skupinu bude tvořit kategorie „senioři“, nebylo tomu tak, protože nejpočetnější kategorii tvořili „dospělí“ (237 respondentů).

Naopak nejméně respondentů se zařadilo do kategorií pediatrie (65) a neonatologie (3). Dle Dončevové a Dvořákové (2017) se ergoterapeuti v poslední době mnohem častěji setkávají s nárůstem počtu dětí ve své praxi. O ergoterapeutické intervenci v oblasti neonatologie se zmiňují Dvořáková (2017) a Hůlková (2017).

Z hlediska počtů pracujících ergoterapeutů na pracovišti je překvapivě vysoké zastoupení pracovišť, kde působí pouze jeden ergoterapeut. O to je důležitější

spolupráce ergoterapeuta s ostatními odborníky na pracovišti. Informace o spolupráci mezi ergoterapeuty a ostatními odborníky byla potvrzena v 80 % případů.

Mnoho autorů publikací konstatuje, že důležitost multidisciplinárního posouzení stavu pacienta je pro terapii zcela zásadní (Pfeiffer, 1991; Kolář, 2009). Dle Jelínkové a spol. (2011) je v terapii velmi důležitá spolupráce a snaha o společný cíl jak pacienta, tak i odborníků celého týmu (Jelínková a spol., 2011) a dle Švestkové (2011) úspěšný průběh koordinované rehabilitace též úzce souvisí s komunikací jednotlivých odborníků, kteří se o osoby s disabilitou starají, a to, jak na pracovišti, tak i mimo něj. Autorka do fungujícího týmu zařazuje i rodinu pacienta. Dotazníkové šetření ukázalo, že až u 64 respondentů na pracovišti multidisciplinární tým nefunguje. Naopak u 251 respondentů, kteří mají na pracovišti fungující multidisciplinární tým, směřovala následující otázka ke zjištění, jaké profese do něj spadají. Nečekaným zjištěním bylo, že 27 respondentů uvedlo, že u nich na pracovišti funguje multidisciplinární tým, ale zároveň, není jeho součástí sám ergoterapeut. Vysvětlením by mohlo být, že ergoterapeut, který je na pracovišti za svůj obor sám, tak je sice součástí týmu, ale sebe v odpovědi už neoznačil.

Žádný z 251 respondentů nezmínil rodinu pacienta jako součást multidisciplinárního týmu. Ze zkušenosti autorky je rodina často do ergoterapeutické intervence zapojena, jen ji ergoterapeuti nezařazují do multidisciplinárního týmu. Tato odpověď byla předpokládána, proto byla zvolena v dotazníku samostatná otázka, která se ptala, zda ergoterapeuti spolupracují s rodinou pacienta. V této otázce již nadpoloviční většina respondentů uvedla, že pokud je to možné, snaží se s rodinou pacienta spolupracovat. Jelínková (2011) upozorňuje na důležitost začlenění rodiny jako člena týmu, protože pro pacienta bývá rodina jedním z nejdůležitějších zdrojů pomoci a opory.

Překvapující výsledky byly u otázky, kde autorka zjišťovala spolupráci ergoterapeuta během terapeutické intervence s některým z odborníků na pracovišti. Autorka se domnívá, že tato otázka byla položena nevhodně a respondenty často špatně pochopena. Místo ergoterapeutické intervence měla autorka zvolit slovo „terapie“, to proto, aby bylo zřetelné, že autorka měla na mysli spolupráci vedenou konkrétně během terapeutické jednotky. Popřípadě měla být doplněna vysvětlujícími informacemi k otázce. Respondenti nejednou uvedli, že na tuto otázku už odpověděli v předchozí otázce. V tomto ohledu byla otázka v práci vyhodnocena, ale není jí přikládána velká výpovědní váha.

Další otázka, která byla položena ergoterapeutům, zjišťovala průběh předávání informací pacientům a mapovala, zda ergoterapeuti napomáhají ke zlepšování návazností jednotlivých služeb. Z dotazníkového šetření se ukázalo, že ergoterapeuti kontakty aktivně předávají. Nejčastěji ergoterapeuti poskytují kontakty na okruh lidí věnujícím se kompenzačním pomůckám, na zdravotnické služby, na kvalifikované odborníky, sociální služby či organizace. Celkem ve 44 případech respondenti uvedli, že pacientům/klientům žádný kontakt v návaznosti na další služby neposkytují.

V literatuře se dočteme, že v terapeutické intervenci by měl ergoterapeut dbát na individualitu jedince s disabilitou (Krivošíková, 2011). Snaží se minimalizovat omezení jedince ve všedních denních činnostech, tak aby jedinec mohl vést plnohodnotný život. Mezi běžné činnosti se řadí zájmy jedince, proto je důležité je znát. Jsou to činnosti, které mají pro pacienta smysl a naplňují ho. (Jelínková a kol., 2009; Švestková, 2015) Z nastíněné literatury je zřejmé, že zájmy pacienta by měly být pro ergoterapeuta důležité. To potvrdilo i dotazníkové šetření. Až v 82 % případů je pro ergoterapeuta důležité znát zájmy pacienta. Pouze 14 % ergoterapeutů zjišťuje zájmy pacienta ve velmi ojedinělých situacích. Jen 4 % ergoterapeutů uvedla, že zájmy pacienta znát ke své práci nepotřebují.

V ergoterapii se snažíme o se odstranění bariér, které jedince s disabilitou limitují. Toho může ergoterapeut v terapii dosáhnout s pomocí facilitujících prostředků. Mezi facilitující prostředky jsou řazeny i kompenzační pomůcky (Švestková, 2015; Vojtěch, 2012). Ergoterapeut se snaží správným výběrem kompenzačních pomůcek a nácvikem o to, aby minimalizoval omezení jedince ve všedních denních činnostech, tak aby jedinec mohl vést plnohodnotný život. (Seidl, 2015) Tato informace se potvrdila i v dotazníkovém šetření. Až ve 242 případech respondent uvedl, že u nich na pracovišti probíhá výběr kompenzačních pomůcek formou poradenství a doporučení. Ve 180 případech si pacienti mají možnost vyzkoušet pomůcku přímo na pracovišti. Dokonce ve 47 odpovědích respondent uvedl, že pomůcku zkouší s pacienty v reálném prostředí.

Dle řešerše literatury se hodnocení dle MFK řadí mezi standardizovaná hodnocení, která slouží jako efektivní a jednoznačný zdroj informací o pacientovi mezi jednotlivými odborníky. Jejich používání bylo doporučeno Evropskou komisí a Radou Evropy, všem členským zemím. Pro toho, kdo toto hodnocení využívá, vytváří jednotný jazyk na celostátní úrovni. (Švestková a spol., 2009), což je v péči o pacienta velmi důležité. Svěčená (2019) na konferenci KlasifiKon 2019 pořádané ÚZIS ČR poukazuje

na uplatnění ergoterapeuta v používání této klasifikace. Dotazníkové šetření ukázalo, že pouze v 25 % případech dané pracoviště používá hodnocení dle MFK. Naopak zarážející zprávou bylo, že pokud pracoviště hodnocení využívá, tak jen v 54 % se na hodnocení podílí i ergoterapeut. Otázkou je, zda má ergoterapeut zájem se na tomto hodnocení participovat.

Otázka, jaké kódy mají nasmlouvány jednotlivé pracoviště, byla položena velmi komplexně. Záměrem bylo zjistit, jaké kódy na sebe může ergoterapeut v rámci zařízení vykázat, a zároveň touto otázkou respondenty neodradit. Ergoterapeut může v současné době vykazovat 13 zdravotnických výkonů (VZP, 2020). Z výsledků dotazníkového šetření 24 respondentů uvedlo, že na pracovišti mají nasmlouvány všechny kódy. Další výstup k zamyšlení byl, že 49 respondentů neví, jaké kódy mají na pracovišti nasmlouvané. Autorka práce podrobněji nezjišťovala, jaké kódy má dané pracoviště nasmlouvané s konkrétní pojišťovnou, což by mohla být zajímavá informace.

Z dotazníkového šetření vyplynula na povrch další zajímavá informace, a to, že ergoterapeut nemá možnost vykázat na pojišťovnu provedené domácí šetření, protože v číselníku takový ergoterapeutický výkon neexistuje. Přesto se ukázalo, že ho v praxi provádí 43 ergoterapeutů. Svěcená (2019) doporučuje provádění hodnocení a testování v domácím prostředí. Především z důvodu plnohodnotného zhodnocení, které není zkresleno sterilním prostředím. Zákon č.55/2011 popisuje činnosti, které ergoterapeut provádí. Mezi tyto základní činnosti také doporučování úprav domácího prostředí. (Česko, 2011)

Další zajímavou informací by bylo zjistit, jaké konkrétní standardizované testy používají ergoterapeuti v praxi. Různí autoři upozorňují na důležitost používání standardizovaných hodnocení (Jelínková a spol., 2009; Krivošíková, 2011) a to především z důvodu objektivizace hodnocení a jednoznačné komunikaci mezi odborníky (Pokorná, 2017). Dle Pokorné (2017) je důležité, aby byla v praxi dostupná a volně otevřená základní baterie hodnotících nástrojů.

Tak to bohužel v ergoterapeutické praxi neprobíhá. Z důvodu nekoordinovaného implementování hodnotících nástrojů do ergoterapeutické praxe vzniká na jednotlivých pracovištích mnoho modifikovaných verzí. Východiskem by mohlo být plošné sjednocení všech hodnocení v ergoterapeutické praxi, a to v celonárodním rozsahu. Tohoto úkolu by se mohl zhostit Ústav zdravotnických informací nebo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesní organizací. Tím by se zabezpečilo zaměřit se na zdroje, překlady a týmovou spolupráci ve velkém měřítku. Jelikož jednotlivá hodnocení



nelze jen tak převzít a aplikovat v praxi, ale musí se kulturně adaptovat, sjednotit administraci, validizovat, zajistit jejich diseminaci a dostupnost aj. (Pokorná, 2016). Během vyhodnocování dat autorka práce zjistila, že otázka mohla být mnohem vhodněji zvolena. Měla se jednoduše zeptat, zda ergoterapeut používá standardizované hodnocení. Z dotazníku bylo zjištěno, jaké testy a vyšetření ergoterapeuti volí, ale nedalo se bohužel přesně vyhodnotit, zda se jedná o standardizované vyšetření. Hodnocení, které využívané ergoterapeuti v praxi se shodují s testy uvedenými v teoretické části práce. Nejpočetnější kategorii tvořila skupina testů na hodnocení zaměstnávání.

Belz a Seigrist (2015) upozorňují na nutnost celoživotního vzdělávání během celé profesní kariéry. Zejména proto, aby nedocházelo k tzv. kvalifikační erozi (Svobodová, 2015). Dle Matouška patří vzdělávání pracovníků mezi základní složky proti syndromu vyhoření, často se vyskytující u pracovníků v pomáhajících profesích. S účinností zákona č. 201/2017 Sb. je koordinace celoživotního vzdělávání plně v režii samotných zdravotnických pracovníků a jejich zaměstnavatelů. Z dotazníkového šetření se potvrdilo, že ergoterapeuti absolvují pravidelně vzdělávací akce. Výjimku tvořilo šest respondentů, kteří uvedli, že se žádných vzdělávacích akcí neúčastní. Zajímavá informace by byla, kdyby autorka zjišťovala, jaké konkrétní vzdělávací akce za uplynulý rok ergoterapeuti navštívili.

Dle českého institutu pro supervizi (2006) je supervize úzce spojena s profesním růstem a je stále více žádána. Matoušek (2008) upozorňuje na fakt, že supervize je nejednou skloňována s prevencí proti vzniku syndromu vyhoření vyskytujícího se často u pracovníků pomáhajících profesí. Z rešerše literatury je zřejmé, že supervize na pracovišti má velmi významnou úlohu. Z výsledků dotazníkového šetření se ukázalo, že až 145 dotazovaných ergoterapeutů má možnost supervize.

Poslední otázka u respondentů zjišťovala asociaci ke slovu ergoterapie. Tato otázka byla zvolena na konci otazníku se záměrem odlehčení. Přesto odkryla zajímavou informaci. Spousta slov se pojila s různými definicemi ergoterapie, například: soběstačnost, funkce, pomoc, ruce, aktivita aj. Ale velmi znepokojujícím a trochu varovným výstupem bylo zjištění, že u 3 % respondentů evokovalo slovo ergoterapie negativní spojení.

## 4. ZÁVĚR

V rámci teoretické části práce byly popsány základní aspekty ergoterapie. Detailně jsou zpracovány důležité oblasti, které jsou typické pro ergoterapii v České republice. Dále byl stručně shrnut současný stav profese ergoterapie v České republice. Na teorii navazuje praktická část práce. V této části práce bylo na základě analýzy dotazníkového šetření z 315 ergoterapeutů z praxe zjištěno, jak sami ergoterapeuti vedou své ergoterapeutické intervence.

Na základě výsledků dotazníkového šetření se zdá být pravděpodobné, že stanovené pracovní hypotézy H1, H3 a H5 platí. Naopak pracovní hypotézy H2 a H4 se nepotvrdily.

Zároveň v této práci vyvstaly zajímavé otázky, které by mohly být inspirací pro otevření detailnějších ergoterapeutických výzkumů.

Přínosem této práce je, že sumarizuje velký počet, byť základních informací získaných od ergoterapeutů pracujících přímo v praxi. S ohledem na celkový počet ergoterapeutů v České republice lze říct, že výsledky z dotazníků dokumentují praxi více než dvaceti pěti procent českých ergoterapeutů, což tvoří poměrně vysoký důkazní materiál, který mapuje aktuální stav profilu ergoterapeutické praxe v České republice. Dále tato práce vznikla se záměrem následného využití dat při prezentaci na Evropské ergoterapeutické konferenci COTEC-ETNOTHE Prague 2020, která se měla konat tento podzim v České republice. Vzhledem k okolnostem, které způsobila pandemie COVID-19 byl kongres COTEC-ENOTHE 2020 odložen na 15. – 18. září 2021.

Zjištěná data nejsou (na tak velkém vzorku ergoterapeutů) doposud nikde k dohledání. Využívání některých postupů (činností) z praxe se pouze očekává, ale často tomu tak není. To se ukázalo v dotazníkovém šetření přímo respondenty v praxi, že ne každý ergoterapeut má na pracovišti takové možnosti a prostor k výkonu a rozvíjení profese, jaký lze se samozřejmostí očekávat.

Na základě výsledků z dotazníkového šetření, které bylo provedeno v roce 2019, vyplývá, že profil profese ergoterapeuta by mohl vypadat následovně:

Ergoterapeut je profesionálně připravený zdravotnický pracovník (v oboru ergoterapie), který je nedílnou součástí týmu pracovníků různých zdravotnických, pedagogických či sociálních profesí.

Drtivá většina ergoterapeutů/tek v České republice jsou ženy od 30 do 40 let věku. S tím úzce souvisí vysoký počet ergoterapeutů/tek na mateřské či rodičovské

dovolené a poměrně vysoký počet ergoterapeutů/tek zaměstnaných na zkrácený pracovní úvazek.

Zastoupení ergoterapeutů v České republice je nerovnoměrné, více praktikujících ergoterapeutů je v krajích, kde existuje bakalářské studium ergoterapie.

V dnešní době musí ergoterapeut absolvovat minimálně tříleté studium v oboru ergoterapie na vysoké škole, aby mohl vykonávat profesi ergoterapeuta. Absolvent studia v oboru se uplatní jako ergoterapeut ve všech typech státních i nestátních lůžkových a ambulantních, zdravotnických či sociálních zařízeních, stacionářích, lázeňských zařízeních, pobytových zařízeních sociálních služeb. Dále v oblasti terénní péče (domácí péče, komunitní péče), v oblasti paliativní péče, v oblasti poradenství ohledně kompenzačních pomůcek, v oblasti ergonomie na pracovišti nebo na úradech práce. Ergoterapeut se může uplatnit i ve sféře pedagogicko-výchovné. V šetření se potvrdilo, že ergoterapeut pracuje i ve vlastní soukromé praxi.

Ergoterapeuti poskytují terapii všem jedincům s disabilitou, od předčasně narozených dětí až po seniory, převážně však dospělým jedincům. Terapie může být praktikována jak v akutní, subakutní či chronické fázi onemocnění. Ergoterapeuti poskytují terapii všem jedincům s disabilitou s různým onemocněním. S prací ergoterapeuta se tedy můžeme setkat na neurologii, ortopedii, traumatologii, chirurgii, interním oddělení, revmatologii, na jednotkách intenzivní péče, spinálních jednotkách, pediatrii, psychiatrii, onkologii. Dále v oblasti porodnictví, paliativní péče a adiktologie.

Ze širokého výčtu oblastí, kde se ergoterapeut pohybuje, má přesto většina ergoterapeutů společné cíle, a to umožnit jedinci s disabilitou žít v maximální možné míře běžný život. Omezení jedince v ADL zjišťují ergoterapeuti různými testy a hodnotícími nástroji. K dispozici mají heterogenní hodnotící nástroje a mnoho modifikovaných verzí testů. V České republice není žádná povinná baterie testů, kterou by se museli ergoterapeuti řídit. Nejčastějšími oblastmi, ve kterých ergoterapeuti testy provádí, jsou: oblast zaměstnávání (soběstačnost, práce, volný čas, zájmy atd.), oblast kognitivních funkcí, oblast zaměřená na horní končetiny a oblast hodnocení dětských pacientů. Stále více ergoterapeutů participuje při používání standardizovaného hodnocení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, která slouží jako efektivní a jednoznačný zdroj informací o pacientovi mezi jednotlivými odborníky.

Ve spolupráci s ostatními pracovníky (zejména lékaři, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, logopedy, psychology,

ošetřovateli, protetiky, sanitáři, nutričními terapeuty, speciálními pedagogy, adiktology, biomedicínskými inženýry, asistenty, psychiatry, „peer konzultanty“, muzikoterapeuty, dramaterapeuty, arteterapeuty, canisterapeuty, sportovními terapeuty, aktivizačními terapeuty, zrakovými terapeuty, maséry, kaplany, vychovateli, supervizory aj.) se podílí na péči o pacienta. Mnoho respondentů působí na pracovišti na pozici ergoterapeuta samo. O to důležitější je spolupráce s ostatními odborníky týmu.

V ergoterapii je rodina pacienta zásadní a ergoterapeut s ní často spolupracuje. Neméně důležité je pro ergoterapeuta znát zájmy pacienta. Ergoterapeut v návaznosti na plynulou péči často předává pacientům informace o jednotlivých zařízeních či organizacích. Doménou ergoterapeutů je výběr vhodných kompenzačních pomůcek s následnou edukací pacientů o jejich účelném zacházení. Ergoterapeut neprovádí poradenství pouze v oblasti kompenzačních pomůcek, ale provádí i poradenství v oblasti bezbariérovosti domácího prostředí. Toto poradenství probíhá často v reálném prostředí jedince s disabilitou. Avšak tuto činnost ergoterapeut nemůže na pojišťovnu reálně vykázat, protože v číselníku pojišťovny (mezi 13 ergoterapeutickými výkony) neexistuje kód pro tuto činnost.

Ergoterapie se řadí mezi pomáhající profese, které jsou často spojovány se syndromem vyhoření. Proto je příznivé, že ergoterapeuti se pravidelně vzdělávají a mají možnost supervize na pracovišti. Tyto atributy přispívají k oddálení tohoto „syndromu pomáhajících profesí“, a zároveň si tak ergoterapeuti zajišťují kontinuální vzdělání a prohlubují si své znalosti v oboru.

## 5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] BARBOSA, Nubia E., Sandra M. FORERO, Claudia P. GALEANO, Edgar D HERNÁNDEZ, Nancy S. LANDINEZ, Katharina S SUNNERHAGEN a argit Alt MURPHY. Translation and cultural validation of clinicalobservational scales – the Fugl-Meyer assessmentfor post stroke sensorimotor function inColombian Spanish. *DISABILITY AND REHABILITATIO* [online]. UK, 2018 [cit. 2019-06-12]. DOI: 10.1080/09638288.2018.1464604. ISSN: 0963-8288.
- [2.] BELZ, Horst a Marco SIEGRIST. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Vyd. 3. Přeložil Dana LISÁ. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0846-4.
- [3.] BULANTOVÁ, Kateřina. *Nápadník: sborník informací a rad pro život s postižením*. Brno: Liga vozíčkářů, 2018, 175 s.
- [4.] COTEC. *Summary of the Occupational Therapy Profession in Europe 2019* [online]. COTEC, 2019 [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://www.coteceurope.eu/wp-content/uploads/2019/07/Summary-of-the-Profession-2019.pdf>.
- [5.] ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online]. Praha: ČAE, ©2008 [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: [http://www.ergoterapie.cz/Events\\_List.aspx](http://www.ergoterapie.cz/Events_List.aspx).
- [6.] ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Stanovy České asociace ergoterapeutů*. [online]. Praha: ČAE, 2019 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/o-nas/stanovy/>.
- [7.] ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Výroční zpráva České asociace ergoterapeutů za rok 2019* [online]. Praha: ČAE, 2020 [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2020/03/Vyrocní\\_zpráva\\_2019.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2020/03/Vyrocní_zpráva_2019.pdf).
- [8.] ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ: *Základy* [online]. Praha: ČAE, ©2019b [cit. 2019-05-18]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>.
- [9.] ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů ČR*. [online]. © 2011, [cit. 2019-06-02]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
- [10.] ČESKO. Zákon č. 201/2017 Sb. zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských

- zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů. [online]. © 2017 [cit. 28. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201#f6071300>.
- [11.] ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů. [online]. © 2004 [cit. 31. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#p7>.
- [12.] ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů. [online]. © 1997 [cit. 25. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#p17>.
- [13.] DE SOUZA, Lorraine, Langton HEWER, P. A. LYNN, Simpson MILLER a G. A. L. REED. Assessment of recovery of arm control in hemiplegic stroke patients. 2. Comparison of arm function tests and pursuit tracking in relation to clinical recovery. *International Rehabilitation Medicine* [online]. 2009, **1980**(2), 10-16 [cit. 2019-05-12]. DOI: 10.3109/09638288009163947.
- [14.] DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- [15.] DONČEVOVÁ, Lucie a Petra DVOŘÁKOVÁ. *Sborník příspěvků z 29. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů: Senzorická integrace a poruchy jemné motoriky ruky* [online]. Ostrava: Česká asociace ergoterapeutů, 2017 [cit. 2020-05-07]. ISSN 978-80-905252-5-2. Dostupné z: [https://invenio.nusl.cz/record/369347/files/nusl-369347\\_1.pdf](https://invenio.nusl.cz/record/369347/files/nusl-369347_1.pdf).
- [16.] DVOŘÁKOVÁ, Petra. *Sborník příspěvků z 29. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů: Ergoterapie u pacienta s poporodní parézou plexu brachiálního* [online]. Ostrava: Česká asociace ergoterapeutů, 2017 [cit. 2020-05-07]. ISSN 978-80-905252-5-2. Dostupné z: [https://invenio.nusl.cz/record/369347/files/nusl-369347\\_1.pdf](https://invenio.nusl.cz/record/369347/files/nusl-369347_1.pdf).
- [17.] EUNI. *Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Elektronická univerzita [online]. Praha: Redakce EUNI, 2018 [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: <https://www.euni.cz/clanek/2214-celozivotni-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku?bid=2>.

- [18.] GRICE, Kimatha Oxford, Kimberly A. VOGEL, Viet LE, Ana MITCHELL, Sonia MUNIZ a Mary Ann VOLLMER. Adult Norms for a Commercially Available Nine Hole Peg Test for Finger Dexterity. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2003, (57), 570-573 [cit. 2019-06-12]. DOI: doi:10.5014/ajot.57.5.570. Dostupné z: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1869420>.
- [19.] GROSS, Jeffrey M., Joseph FETTO a Elaine Rosen SUPNICK. *Vyšetření pohybového aparátu: překlad druhého anglického vydání*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-720-8.
- [20.] HEJZLAROVÁ, Veronika a Kateřina POKORNÁ. *Poradím si sám! Kompenzační pomůcky a úpravy prostředí v praxi*. Praha: Asistence, o.s., 2012, s. 60.
- [21.] HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026211921.
- [22.] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [23.] HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 583 s. ISBN 80-7178-820-1.
- [24.] HŮLKOVÁ, Pavla. *Sborník příspěvků z 29. celostátní odborné konference České asociace ergoterapeutů: Ergoterapie na dětském ARO* [online]. Ostrava: Česká asociace ergoterapeutů, 2017 [cit. 2020-05-07]. ISSN 978-80-905252-5-2. Dostupné z: [https://invenio.nusl.cz/record/369347/files/nusl-369347\\_1.pdf](https://invenio.nusl.cz/record/369347/files/nusl-369347_1.pdf).
- [25.] CHYTRÁ, Lucie. Ergoterapie v předškolním a školním věku. *Informační bulletin ČAE* [online]. Praha: ČAE, 2015, **2015**(2), 14-16 [cit. 2019-05-07]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin\\_2015\\_2.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2015_2.pdf).
- [26.] JELÍNKOVÁ, Jana. Oslava Světového dne ergoterapie 2017 v Parapleti. *Informační Bulletin ČAE* [online]. ČAE, **2017**(2), 8-9 [cit. 2018-01-25]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: <https://drive.google.com/file/d/1SwFHbErmsE21vfuZx9OXN8eT39pFhT-X/view>.
- [27.] JELÍNKOVÁ, Jana. Jak šel čas s Českou asociací ergoterapeutů. *Informační bulletin ČAE* [online]. Praha: ČAE, 2014, **2014**(2), 11-15 [cit. 2020-05-11]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin\\_2014\\_2.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2014_2.pdf).

- [28.] JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, s. 270. ISBN 978-80-7367-583-7.
- [29.] KALVACH, Zdeněk. Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Pavel WEBER a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024724904.
- [30.] KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- [31.] KLUSOŇOVÁ, Eva. Vývoj ergoterapie v České republice. *Informační bulletin ČAE* [online]. Praha: ČAE, 2014, **2014**(2), 15-18 [cit. 2020-05-11]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin\\_2014\\_2.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2014_2.pdf).
- [32.] KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- [33.] KONTSON, Kimberly, Ivan MARCUS, Barbara MYKLEBUST a Eugene CIVILLICO. Targeted box and blocks test: Normative data and comparison to standard tests. *PLoS One* [online]. 2017, **12**(5) [cit. 2019-05-12]. DOI: 10.1371 / journal.pone.0177965. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5438168/>.
- [34.] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2011, 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
- [35.] KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- [36.] KŘÍŽ, Jiří a Šárka CHVOSTOVÁ. Vyšetřovací a rehabilitační postupy u pacientů po míšní lézi. *Neurologie pro praxi* [online]. 2009, **10**(3), 143-147 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/05.pdf>.
- [37.] LAW, Mary C. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, c2008. ISBN isbn978-80-254-2744-6.
- [38.] LAZAROVÁ, Markéta. *Srovnání standardizovaného rozhovoru a dotazníku v kvantitativním výzkumu: Metodologie výzkumu genderové problematiky (GEN 104)* [online]. In: . Brno: Fakulta sociálních studií MU, 2011 [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/1423/jaro2011/GEN104/25160014/Lazarova.pdf>.
- [39.] LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-225-1.



- [40.] MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3357-2.
- [41.] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce* [online]. 2. Praha: Portál, 2008, 384 s. [cit. 2020-04-14]. ISBN 9788073675028. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/metody-a-rizeni-socialni-prace-157684/>.
- [42.] MZČR. *Češi žijí déle, trápí je ale civilizační nemoci. Změnit to může Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. MZČR [online]. Praha: MZČR, ©2014 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi\\_9418\\_3030\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi_9418_3030_1.html).
- [43.] MZČR. *Výkon povolání bez odborného dohledu*. MZČR [online]. Praha: MZČR, 2018a [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/registrace-vykon-povolani-bez-odborneho-dohledu\\_929\\_3.html](https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/registrace-vykon-povolani-bez-odborneho-dohledu_929_3.html)
- [44.] MZČR. *Zdravotní pojišťovny: České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2018b [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny\\_3307\\_29.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html).
- [45.] NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK, Eva LITERÁKOVÁ, Hana MARKOVÁ a Jakub HORT. *Neurologie pro praxi* [online]. 2013, 14(6), 297-301 [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/06/06.pdf>.
- [46.] OCCUPATIONAL THERAPY EUROPE. About OT-Europe. *Occupational Therapy Europe* [online]. 2016 [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <http://www.oteurope.eu/>.
- [47.] OCCUPATIONAL THERAPY EUROPE. Statistics. *Occupational Therapy Europe* [online]. 2019 [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.coteceurope.eu/Statplanet/StatPlanet.html>.
- [48.] POKORNÁ, Andrea. *Barthelové test a další objektivizující škály v ošetrovatelství* [online]. In. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>.
- [49.] POOLE, Janet, L. Measures of adult hand function: Arthritis Hand Function Test (AHFT), Grip Ability Test (GAT), Jebsen Test of Hand Function, and The Rheumatoid Hand Functional Disability Scale (The Duruöz Hand Index [DHI]). Arthritis [online]. 2003, 49(S5), 59-66 [cit. 2018-01-01]. ISSN 00043591. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.11406>.

- [50.] PUNCH, Keith. Úspěšný návrh výzkumu. Vydání druhé. Přeložil Jan HENDL. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0980-5.
- [51.] SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
- [52.] SVĚCENÁ, Kateřina. Videozáznamy přednášek z konference KlasifiKon 2019: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví z pohledu ergoterapeuta. In: *ÚZIS ČR* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=konference--videozaznamy-prednasek--2019-10-22-klasifikon#link5>.
- [53.] SVĚCENÁ, Kateřina a Zuzana RODOVÁ. Ergoterapeut v adiktologii – Kazuistická studie. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* [online]. 2019, 2(3), 130-135 [cit. 2020-05-08]. ISSN 2570-8120. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/ergoterapeut-v-adiktologii-kazuisticka-studie/>.
- [54.] SVOBODOVÁ, Dagmar. *Profesní poradenství: vybrané kapitoly* [online]. Praha: Grada, 2015, 160 s. [cit. 2020-04-14]. ISBN 978824797007. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/profesni-poradenstvi-157284/>.
- [55.] ŠEFL, Vladimír. *Dny práva: Financování profesních komor s povinným členstvím* [online]. Brno: Katedra finančního práva a národního hospodářství, Masarykova univerzita, 2011 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: [https://www.law.muni.cz/sborniky/dny\\_prava\\_2011/files/prispevky/02%20FINANC/Vladimir%20Sefl.pdf](https://www.law.muni.cz/sborniky/dny_prava_2011/files/prispevky/02%20FINANC/Vladimir%20Sefl.pdf).
- [56.] ŠIROKÝ, Jan, Michal MENŠÍK, Ivana OLECKÁ, Dana POKORNÁ a Michaela VANĚČKOVÁ. *Tvoříme a publikujeme odborné texty*. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 9788025135105.
- [57.] ŠPIČKOVÁ, Jiřina. Historie ergoterapie na Ostravsku. *Informační bulletin ČAE* [online]. Praha: ČAE, 2014, 2014(2), 22-27 [cit. 2020-05-07]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin\\_2014\\_2.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2014_2.pdf).
- [58.] ŠTYGLEROVÁ, Terezie. Statistika a my: Do poloviny století bude o polovinu více seniorů. *Měsíčník Českého statistického úřadu* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2019-05-06]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2019/02/do-poloviny-stoleti-bude-o-polovinu-vice-senioru/>.

- [59.] ŠVESTKOVÁ, Olga. Ergoterapie: Přehledový článek. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2015, **22**(1), 38-44 [cit. 2018-12-09]. ISSN 1211-2558. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=c83868de-6782-4054-a474-503ee9a601e0%40sdc-v-sessmgr02>.
- [60.] ŠVESTKOVÁ, Olga. Začátky vysokoškolského studia ergoterapie v České republice. *Informační bulletin ČAE* [online]. Praha: ČAE, 2014, **2014**(2), 27-29 [cit. 2020-05-07]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin\\_2014\\_2.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2014_2.pdf).
- [61.] ŠVESTKOVÁ, Olga a Jan PFEIFFER. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: Výukový materiál*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009, 63 s.
- [62.] ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ. *Ergoterapie: skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, [2013]. ISBN 978-80-260-4100-9.
- [63.] ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ a Petra SLÁDKOVÁ. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) – kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2009, (6), 580-586 [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2009-6-1/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-a-zdravi-icf-kvantitativni-mereni-kapacity-a-vykonu-33271>.
- [64.] UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. *Katalog programů a oborů: Ergoterapie*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019 [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: [https://studijniprogramy.upol.cz/obor/detail/ergoterapie-2/?tx\\_vlkstagogory\\_katalog%5Bcontroller%5D=Obory&cHash=e870c8d45445ccc71f5ad9bbef5d74b8](https://studijniprogramy.upol.cz/obor/detail/ergoterapie-2/?tx_vlkstagogory_katalog%5Bcontroller%5D=Obory&cHash=e870c8d45445ccc71f5ad9bbef5d74b8).
- [65.] ÚZIS. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: Publikace*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2019a [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace>.
- [66.] ÚZIS. *NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM – AMBULANTNÍ PÉČE: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru rehabilitační a*

- fyzikální medicína (FBLR) za období 2007–2018 [online]. 2019b, (K/22) [cit. 2020-24-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008295/nzis-rep-2019-k22-a052-rehabilitacni-a-fyzikalni-medicina-2018.pdf>.
- [67.] ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 2018-05-05]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>.
- [68.] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [69.] VODÁKOVÁ, Jitka. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie: pro studenty pedagogických fakult*. Vyd. 2., Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7290-322-1.
- [70.] VOJTÍK, Petr a kol. *Průvodce zdravotními pomůckami: Pro osoby s pohybovým postižením* [online]. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha: AB Asistent, 2012, s. 60 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: [http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/data/upload/files/Pruvodce\\_zdravotnimi\\_pomuckami.pdf](http://www.zdravotnicke-potreby-a-pomucky.cz/data/upload/files/Pruvodce_zdravotnimi_pomuckami.pdf).
- [71.] VOTAVA, Jiří. K historii ergoterapie v České republice. *Informační bulletin ČAE* [online]. Praha: ČAE, 2014, **2014**(2), 22-27 [cit. 2020-05-07]. ISSN 1804-1558. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin\\_2014\\_2.pdf](http://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin_2014_2.pdf).
- [72.] VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- [73.] VZP – *Metodika*. Všeobecná zdravotní pojišťovna [online]. VZP ČR, © 2019a [cit. 2019-5-28]. Dostupné z: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodika\\_1013.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodika_1013.pdf).
- [74.] VOTAVA, Jiří, Lucie DONČEVOVÁ a Michal VOSTRÝ. *Ergoterapie ve vybraných indikačních oblastech I*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2019. ISBN 9788075611581.
- [75.] VZP. *Číselníky*. Všeobecná zdravotní pojišťovna [online]. VZP ČR, © 2019b [cit. 2019-5-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotni-vykony>.
- [76.] VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami: Informace pro praxi*. VZP ČR [online]. VZP ČR, © 2020 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z:

<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/vykazovani-a-uhraady/seznam-zdravotnich-vykonu-s-bodovymi-hodnotami>.

- [77.] WALKER, Ian. Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
- [78.] WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

## 6. SEZNAM GRAFŮ

GRAF 2.5. 1 DETAILNÍ VĚKOVÉ ROZVRSTVENÍ ERGOTERAPEUTŮ .....	53
GRAF 2.5. 2 VĚKOVÉ ZASTOUPENÍ ERGOTERAPEUTŮ DLE PRAXE .....	54
GRAF 2.5. 3 NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ V OBORU ERGOTERAPIE .....	55
GRAF 2.5. 4 DISTRIBUCE ERGOTERAPEUTŮ DLE KRAJE .....	56
GRAF 2.5. 5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM NA PRACOVÍŠTI.....	61
GRAF 2.5. 6 SPOLUPRÁCE BĚHEM ERGOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE .....	62
GRAF 2.5. 7 PRAVIDELNÉ VZDĚLÁVÁNÍ ERGOTERAPEUTŮ .....	62
GRAF 2.5. 8 SPOLUPRÁCE ERGOTERAPEUTA S RODINOU .....	65
GRAF 2.5. 9 HODNOCENÍ DLE MFK .....	66

## **7. SEZNAM OBRÁZKŮ**

OBRÁZEK 2.4.4. 1 ČASOVÝ SLED ŠÍŘENÍ DOTAZNÍKŮ .....	51
OBRÁZEK 2.5. 1 ZAŘÍZENÍ ERGOTERAPEUTŮ.....	57
OBRÁZEK 2.5. 2 ASOCIACE RESPONDENTŮ KE SLOVU ERGOTERAPIE.....	69

## 8. SEZNAM TABULEK

TABULKA 1.3.6.1 SEZNAM ERGOTERAPEUTICKÝCH VÝKONŮ (AKTUÁLNÍ PLATNÁ VERZE OD 1. 7. 2019; ČÍSELNÍK 1212) .....	35
TABULKA 2.5. 1 VĚKOVÉ KATEGORIE DLE ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ .....	54
TABULKA 2.5. 2 POČET ERGOTERAPEUTŮ PŮSOBÍCÍCH NA PRACOVÍŠTI.....	57
TABULKA 2.5. 3 FORMA POSKYTOVANÉ TERAPIE .....	58
TABULKA 2.5. 4 CÍLOVÁ SKUPINA PACIENTŮ DOTAZOVANÝCH ERGOTERAPEUTŮ.....	59
TABULKA 2.5. 5 KONTAKTY NA JEDNOTLIVÉ SLOŽKY PŘEDÁVANÉ PACIENTŮM .....	63
TABULKA 2.5. 6 NASMLOUVANÉ KÓDY NA POJIŠŤOVNY, KTERÉ MŮŽE ERGOTERAPEUT NA PRACOVÍŠTI VYKAZOVAT .....	67



## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

### **9.1. Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům**

## Dotazník ergoterapeutům pracujícím v České republice

Vážené ergoterapeutky a ergoterapeuti,

tento dotazník byl vytvořen za účelem zpracování praktické části diplomové práce a získání ucelených statistických údajů a dat naší profese, které v České republice chybí.

Na základě tohoto průzkumu, ve spolupráci s Českou asociací ergoterapeutů, je snaha o získání velkého množství aktuálních údajů o našem oboru, které se budou moci prezentovat na evropské ergoterapeutické konferenci COTEC-ENOTHE Prague 2020, která se bude konat na podzim roku 2020 v České republice.

Dotazník je určen ergoterapeutům pracujícím v České republice. Zjištěné údaje budou anonymizovány.

Předem děkuji za vyplnění.

Pozn. Dotazník je rozeslán opakovaně, pokud jste ho tedy již vyplňovali, děkuji za dřívější vyplnění a nevyplňujte ho prosím znovu.

Údaje o autorce a diplomové práci:

Autor: Bc. Lenka Šeráková – studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia ergoterapie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Akademický rok 2018/2019

Název diplomové práce: Profil profese ergoterapie v České republice

Vedoucí diplomové práce: Bc. Zuzana Rodová, M. Sc.

**\*Povinné pole**

Základní informace

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

1. Jakého jste pohlaví? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

☐ Muž

☐ Žena

Základní informace

Zapište celým číslem.

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

2. Kolik Vám je let? \*

\_\_\_\_\_

Základní informace

Zapište celým číslem.

3. Jaká je Vaše doba praxe v oboru ergoterapie (0-bez praxe, 1-jeden rok...)? \*

\_\_\_\_\_

Základní informace

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ergoterapie? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Střední zdravotnická škola – obor ergoterapie *Přeskočte na otázku 6*
- ☐ Střední zdravotnická škola – obor rehabilitační pracovník *Přeskočte na otázku 6*
- ☐ Pomaturitní specializační studium – obor léčba prací *Přeskočte na otázku 6*
- ☐ Vyšší zdravotnická škola – Diplomovaný ergoterapeut *Přeskočte na otázku 6*
- ☐ Vysoká škola – bakalářské studium – obor ergoterapie *Přeskočte na otázku 5*
- ☐ Vysoká škola – navazující magisterské studium – obor ergoterapie  
*Přeskočte na otázku 6*
- ☐ Jiné: \_\_\_\_\_

Základní informace

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

5. Na jaké univerzitě máte vystudovaný bakalářský titul? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta
- ☐ Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií
- ☐ Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
- ☐ Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Základní informace

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

6. Máte vyšší dosažené vzdělání mimo obor ergoterapie? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano
- ☐ Ne *Přeskočte na otázku 8*

Základní informace

7. Jaké máte vyšší dosažené vzdělání mimo obor ergoterapie (škola, obor, titul)? \*

---

Základní informace

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

8. V jakém kraji pracujete? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Hlavní město Praha
- ☐ Jihočeský
- ☐ Jihomoravský
- ☐ Karlovarský
- ☐ Kraj Vysočina
- ☐ Královéhradecký
- ☐ Liberecký
- ☐ Moravskoslezský
- ☐ Olomoucký
- ☐ Pardubický
- ☐ Plzeňský
- ☐ Středočeský
- ☐ Ústecký
- ☐ Zlínský

Základní informace

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

9. Jste členem České asociace ergoterapeutů? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Základní informace

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

### 10. Jakým způsobem se k Vám dotazník dostal? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Telefonickým kontaktem od studentky a následného zaslání dotazníku
- ☐ Od vedoucího pracovníka
- ☐ Přes sociální sítě
- ☐ Přes e-mail
- ☐ Prostřednictvím České asociace ergoterapeutů

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

### 11. Jaký je Váš pracovní úvazek? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Plný pracovní úvazek
- ☐ Zkrácený pracovní úvazek
- ☐ Rodičovská dovolená, mateřská dovolená

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

### 12. V jakém typu pracoviště pracujete? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Zdravotnické
- ☐ Sociální
- ☐ Školské, pedagogické
- ☐ Vlastní odborná praxe (OSVČ)

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

13. Jaký je typ zařízení, ve kterém pracujete? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Státní
- ☐ Soukromé

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

14. Jakou formou poskytlujete ergoterapii? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Ambulantní
- ☐ Lůžkovou
- ☐ Terénní (domácí péče, komunitní)
- ☐ Lázeňskou
- ☐ Stacionář
- ☐ Poradenství - Úřad práce
- ☐ Poradenství - Pojišťovna (schvalování kompenzačních pomůcek...)
- ☐ Poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek (výroba, distribuce, prodej)
- ☐ Ergonomie na pracovišti

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

15. S jakou cílovou skupinou (dle věku) pracujete? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Neonatologie
- ☐ Pediatrie
- ☐ Dospívající
- ☐ Dospělí
- ☐ Senioři
- ☐ Neprovádím přímou práci s pacienty

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

16. S jakými pacienty z oblasti praxe nejčastěji pracujete? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Adiktologie
- ☐ Akutní stavy - ARO, JIP, Iktové centrum aj.
- ☐ Duševní poruchy a poruchy chování
- ☐ Chirurgie
- ☐ Interní onemocnění
- ☐ Mentální postižení
- ☐ Neurologie
- ☐ Onkologie
- ☐ Ortopedie
- ☐ Paliativní péče
- ☐ Pediatrie
- ☐ Porodnictví
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Revmatologie
- ☐ Senioři
- ☐ Smyslová postižení
- ☐ Spinální pacienti
- ☐ Traumatologie
- ☐ Vežeňství
- ☐ Neprovádím přímou práci s pacienty

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.



## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

17. S jakým typem pacientů pracujete nejčastěji? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

☐ S pacienty v akutní a subakutní fázi onemocnění (do půl roku)

☐ S pacienty v chronické fázi onemocnění

☐ Neprovádím přímou práci s pacienty

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

18. Máte na pracovišti možnost supervize? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

☐ Ano

☐ Ne

☐ Nevím

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

19. Funguje u Vás na pracovišti multidisciplinární tým? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

☐ Ano      *Přeskočte na otázku 20*

☐ Ne      *Přeskočte na otázku 21*

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

20. Které profese spolupracují na Vašem pracovišti v rámci multidisciplinárního týmu?

\*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Lékař
- ☐ Psycholog
- ☐ Logoped
- ☐ Fyzioterapeut
- ☐ Ergoterapeut
- ☐ Zdravotní sestra
- ☐ Ošetřovatel
- ☐ Sanitář
- ☐ Sociální pracovník
- ☐ Speciální pedagog
- ☐ Protetik
- ☐ Biomechanický inženýr
- ☐ Nutriční terapeut
- ☐ Adiktolog

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

21. Spolupracujete během terapeutické intervence s některým z odborníků na pracovišti? Popřípadě se kterým? \*

\_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

22. Jak často chodíte na vzdělávací akce (jakákoliv konference, seminář nebo kurz, který se vztahuje k práci)? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ 2x a více za rok  
☐ 1x za rok  
☐ 1x během dvou let  
☐ 1x během pěti let  
☐ Nechodím  
☐ Jiné: \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

23. Na koho nejčastěji předáváte pacientům kontakt během ergoterapeutických intervencí? Uved'te prosím příklad (s úřady, zdravotnickými službami, nezdravotnickými odborníky, soukromým sektorem...). \*

---

---

---

---

---

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zapište celým číslem.

24. Kolik ergoterapeutů pracuje na Vašem pracovišti? \*

---

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

25. Jakým způsobem si na pracovišti předáváte informace o pacientech (např. se sociálním pracovníkem, fyzioterapeutem...)? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Na pravidelných poradách  
☐ Osobním setkáním s daným pracovníkem  
☐ Skrze dokumentaci  
☐ Informace si nepředáváme (terapii vedu dle vlastních výstupů, informací od pacienta)

Jiné: ☐ \_\_\_\_\_

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

26. Jakým způsobem při terapii probíhá výběr kompenzačních pomůcek pro pacienta? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ V rámci poradenství a doporučení (katalog, popis pomůcky...)  
☐ Pacienti si u nás většinou mají možnost konkrétní pomůcky vyzkoušet  
☐ Kompenzační pomůcku zkoušíme v reálném prostředí (domov, exteriér...)  
☐ Nepomáhám s výběrem kompenzačních pomůcek

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

27. Chodíte v rámci terapie na domácí návštěvy? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano  
☐ Ne

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

28. Jakým způsobem řešíte bezbariérovost domácího prostředí? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ Poradenstvím
- ☐ Domácí návštěvou a úpravou
- ☐ Neřeším bezbariérovost domácího prostředí

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

29. Je pro Vás v terapii důležité znát zájmy (koničky) pacienta? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Ano, téměř vždy
- ☐ Velmi zřídka
- ☐ Ne, pouze výjimečně

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

30. Jak často spolupracujete v rámci ergoterapeutické intervence s rodinou pacienta? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ☐ Vždy, když je to možné
- ☐ Jen pokud je rodinný příslušník aktivní
- ☐ Zcela výjimečně
- ☐ Nikdy

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

31. Používá Vaše pracoviště Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

☐ Ano

☐ Ne    *Přeskočte na otázku 33*

Pracovní oblast ergoterapeuta

Možnost zaškrtnutí pouze jedné odpovědi.

32. Podílíte se na hodnocení dle klasifikace (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

☐ Ano

☐ Ne

Pracovní oblast ergoterapeuta

Zaškrtněte všechny platné odpovědi.

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

33. Jaké má Vaše pracoviště nasmlouvané výkony, které má ergoterapeut na pracovišti možnost vykázat? \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- ☐ 21609 Specializované ergoterapeutické vyšetření při zahájení ergoterapie
- ☐ 21610 Specializované kontrolní ergoterapeutické vyšetření
- ☐ 21611 Vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie
- ☐ 21612 Klasifikování ergoterapeutem podle mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
- ☐ 21613 Vyšetření ergoterapeutem kontrolní
- ☐ 21614 Ergoterapeutické vyšetření pro návržení vhodných technologií a produktů
- ☐ 21621 Individuální ergoterapie základní
- ☐ 21622 Ergoterapeutické metody na neurofyzilogickém podkladě
- ☐ 21623 Individuální ergoterapie s využitím dílen
- ☐ 21625 Nácvik všedních denních činností – adl
- ☐ 21627 Ergoterapie skupinová základní
- ☐ 21629 Ergoterapie skupinová s využitím dílen
- ☐ 21631 Cílená ergoterapie ruky
- ☐ Žádné
- ☐ Nevím

Pracovní oblast ergoterapeuta

34. Jaké dvě nejčastější hodnocení (testy) na Vašem pracovišti ergoterapeut provádí (oblast soběstačnosti v ADL, práce nebo volného času)? \*

---

---

---

---

---

Pracovní oblast ergoterapeuta

## Příloha 1 – Dotazník ergoterapeutům

35. Napište tři slova, která podle Vás charakterizují profesi ergoterapeuta. \*

---

---

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře

Moc děkuji za pečlivé vyplnění dotazníku. Dotazník je určen pro každého ergoterapeuta na pracovišti. Pokud jste v kontaktu s dalšími ergoterapeuty, budu vděčná za následné šíření dotazníku mezi pracující ergoterapeuty. Odkaz pro šíření dotazníku: <https://forms.gle/oFaagLpPGG52dUdG7>.